

新たな医療構想、 かかりつけ医などの医療を取り巻く 施策や病院の経営悪化の 現状と今後の方向性

2025年9月25日(木)
奈良県立医科大学
公衆衛生学講座
教授 今村知明

これまでの経歴

約5年間 臨床(関西医大、東京大学)

麻酔科や救命救急センター(関西医大)

その後、大学院、呼吸器内科と医療情報部(東京大学)

約10年間 厚生行政

厚生省入省 統計情報部

⇒文部省 学校健康教育課

⇒厚生省 エイズ結核感染症課

⇒佐世保市 保健福祉部・保健所長

⇒厚生労働省 食品保健部

約5年間 病院経営 (東大病院)

東京大学医学部附属病院 准教授、企画経営部長

16年前より 大学 (奈良医大)

奈良県立医科大学 公衆衛生学教授 (旧 健康政策医学)

主な公職

	省庁	職務内容
1	厚生労働省医政局	● 第8次医療計画等に関する検討会 ● 地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ ● かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会 ● 地域医療構想アドバイザー
2	厚生労働省老健局	● 社会保障審議会専門委員(介護給付費分科会) ● 匿名介護情報等の提供に関する専門委員会
3	厚生労働省健康局	エイズ動向委員会
4	文部科学省 高等教育局	今後の医学教育の在り方に関する検討会
5	内閣府	● 消費者委員会 ● 食品安全委員会 企画等専門調査会
6	奈良県	● 奈良県高齢者保健福祉計画及び 奈良県介護保険事業支援計画策定委員会 ● 「面倒見のいい病院」指標検討会
7	日本赤十字社	日本赤十字社血液事業審議会
8	学校法人杏林学園	杏林学園理事
9	学校法人関西医科大学	関西医科大学評議員

これから日本でおこること — 人口構成の変化は何をおこすのか —

【2025年問題】次フェーズは2段階に分かれる

第一章
～2025年

- 高齢者の急速な増加

第二章
～2045年

- 高齢者の数はあまり変わらないが、
就労人口の急速な減少

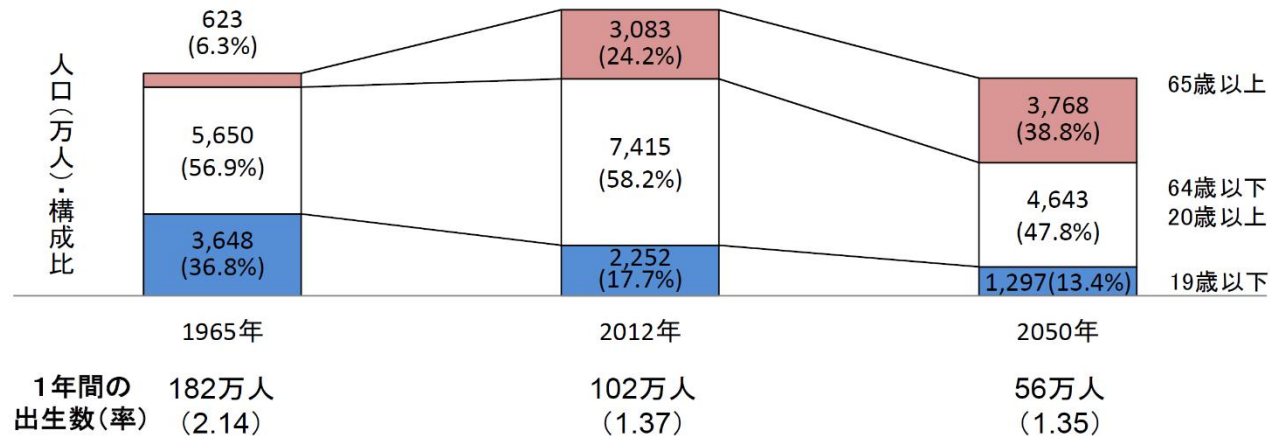
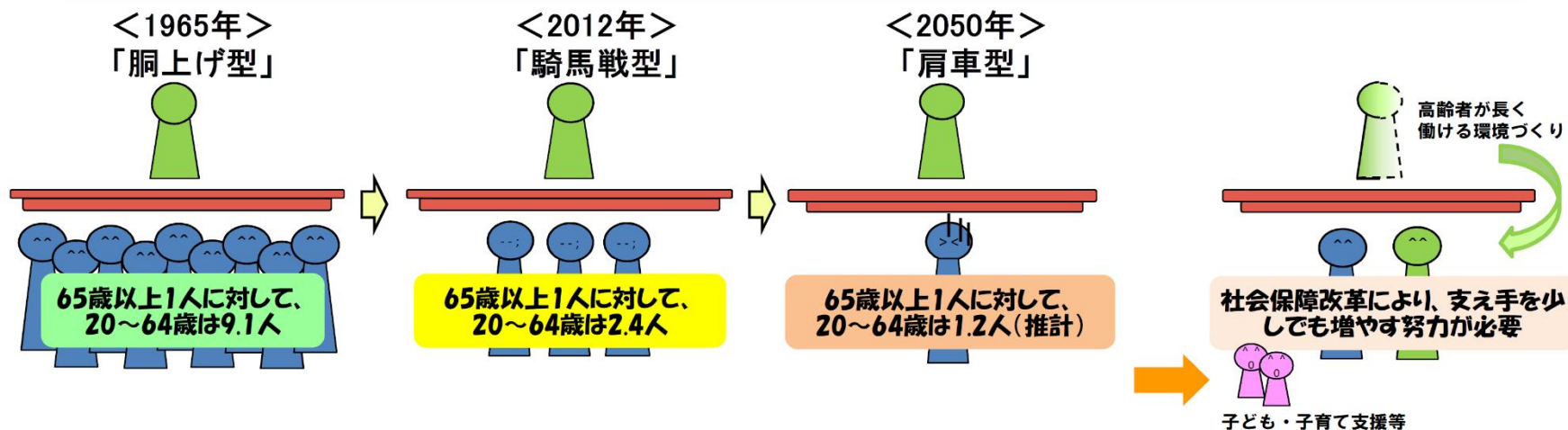
第三章
2045年～

- 高齢者数の減少（ピークアウト）

	高齢者数	就労人口	高齢化率
第一章 ～2025年	急激な上昇 ↑ ↑	減少 ↓	上昇 ↑
第二章 ～2045年	ほぼ横ばい →	急激な減少 ↓ ↓	上昇 ↑
第三章 2045年～	減少 ↓	減少 ↓	ほぼ横ばい →

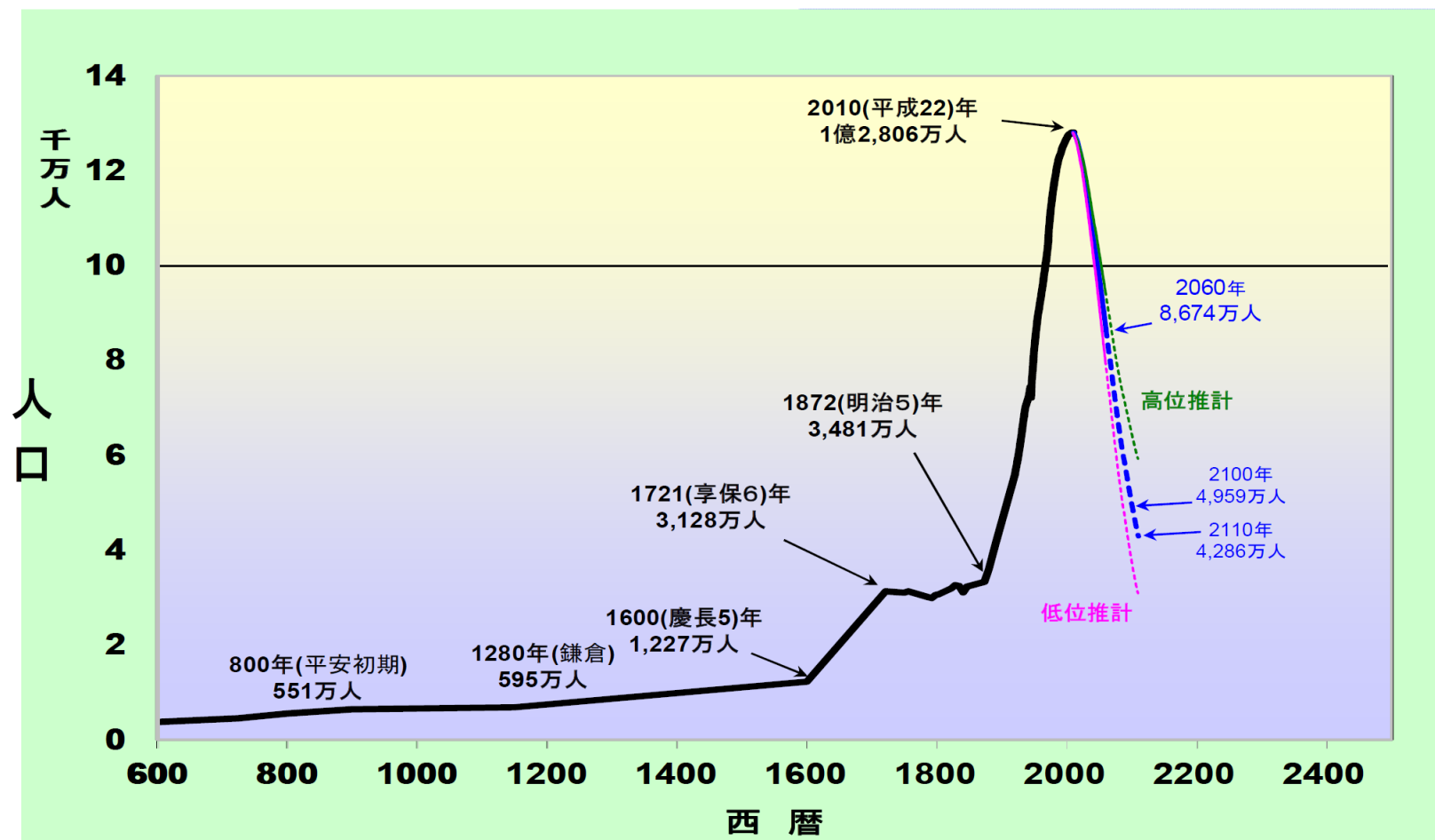
「肩車型」社会へ

今後、急速に高齢化が進み、やがて、「1人の若者が1人の高齢者を支える」という厳しい社会が訪れることが予想されています。



(出所)総務省「国勢調査」、社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」「(出生中位・死亡中位)」、厚生労働省「人口動態統計」

日本人口の歴史的推移

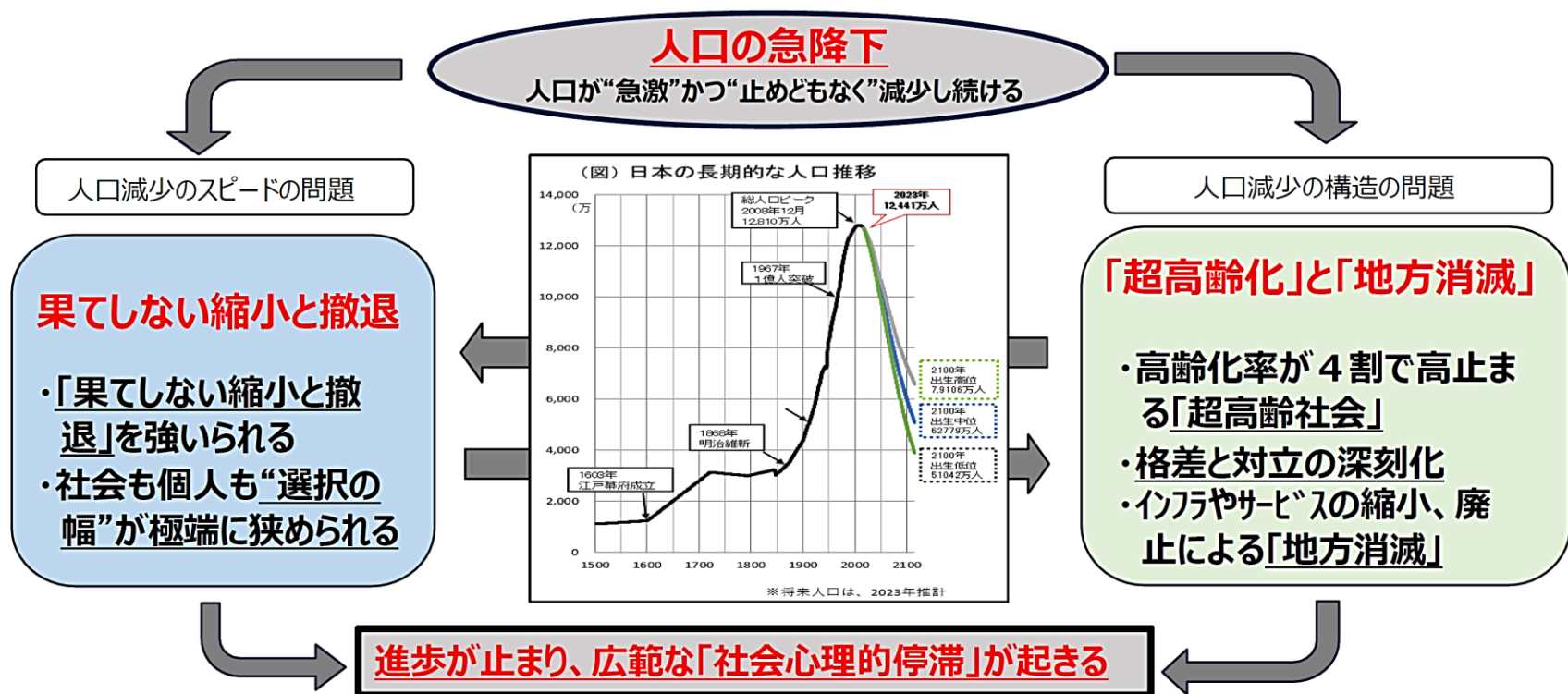


資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」) 2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計])。

- 少子化・人口減少は、高齢者の方々を含めた全ての世代、企業を含めた全ての経済主体に関わる課題であり、まずは、その進展が、将来にどのような重大な事態を招きうるのか、社会に参加するすべての方々に共有することが重要。

◆ 民間有志による「人口戦略会議」の提言（「人口ビジョン2100」（2024年1月））

- ①人口減少の“スピード”の問題：このままでは、人口は“急激”かつ“止めどもなく”減り続ける—**「果てしない縮小と撤退」**
- ②人口減少の“構造”の問題：「超高齢化」と「地方消滅」⇒「コーホート（生れた世代）」と「地域」の**“タテとヨコ”の格差拡大**

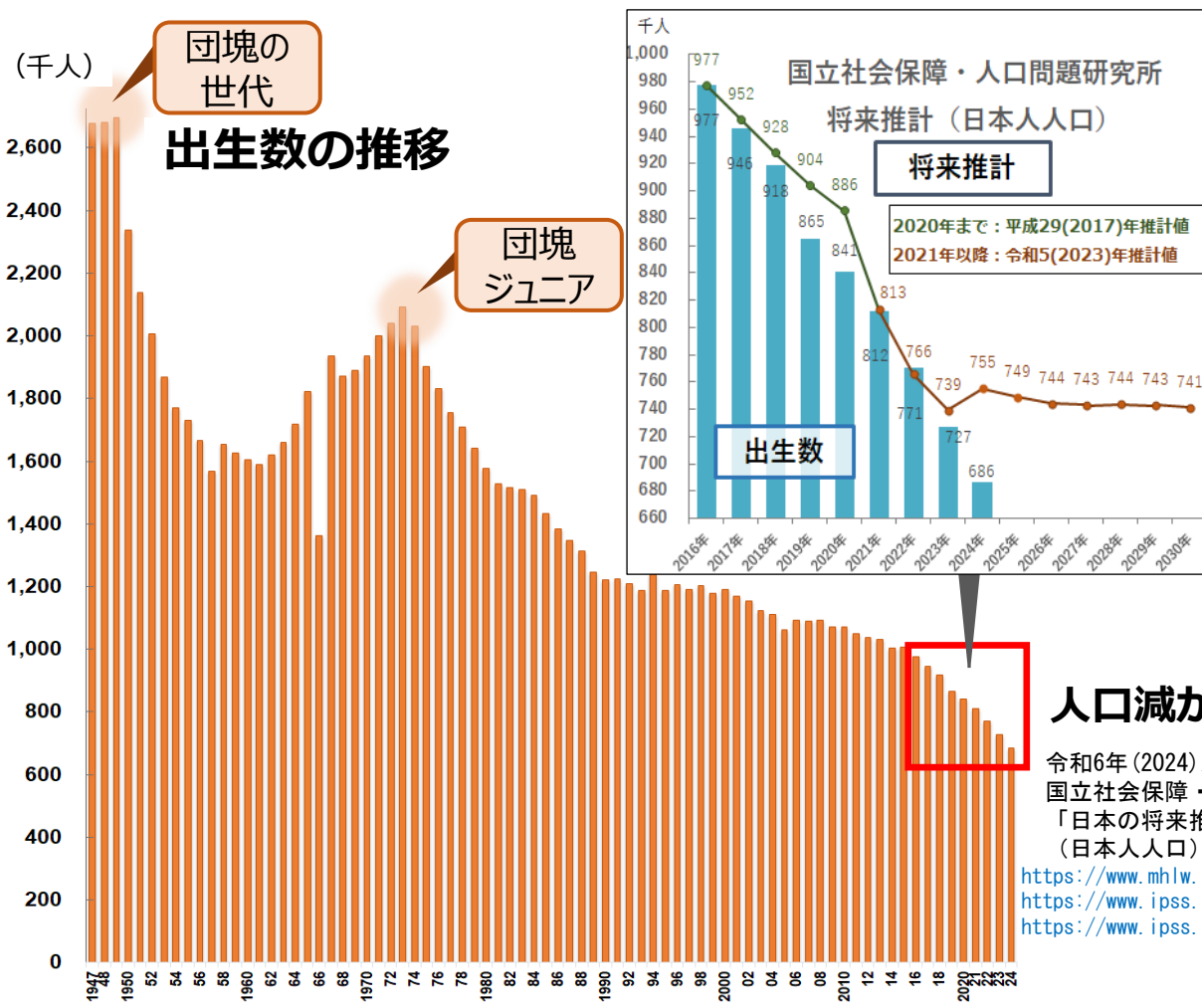


➡ ①定常化戦略と②強靱化戦略を一体的に推進し「未来選択社会」の実現を目指す

出生数過去最少、合計特殊出生率過去最低 9年連続減少

令和6年（2024年）人口動態統計（概数）公表（2025年6月4日）

- 出生数は **686,061** 人（令和5年(確定数) 727,288人から 41,227人減少） ←過去最少を更新
- 合計特殊出生率は **1.15**（令和5年 1.20 から 0.05 ポイント低下） ←過去最低、9年連続低下
- 死亡数は **1,605,298** 人（令和5年(確定数) 1,576,016人から 29,282人増加） ←過去最多、4年連続増加
- 自然増減数は **18年連続減少** △ 919,237 人（令和5年△848,728人から 70,509人減少） ←過去最大の減少



- 2023年5月の国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計（日本人人口ベース）では、**2022～2037年の15年間は出生数が70万人台と予測**、60万人台は2038年、50万人台は2048年と予測され、以前の推計より数年早く減少すると予測
→ **すでに60万人台になってしまった**
- 出生数の急減の最大の要因は、出産期の女性の人口減少：「女性数」要因
- 1971～74年生まれの団塊ジュニアが2019年に45歳以上になった影響：「年齢構成」要因
- 2016年以降は、合計特殊出生率が再び低下に転じ、出生数を押し下げる方向に働いている：「出生率」要因

人口減が予想より早く進む事態への備えが求められる

令和6年(2024)人口動態統計月報年計(概数)の概況

国立社会保障・人口問題研究所

「日本の将来推計人口（平成29年・令和5年推計）出生中位（死亡中位）推計」（日本人人口）からグラフ作成

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai24/index.html>

[https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/db_zenkoku2017/s_tables/1-8\(J\).xls](https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/db_zenkoku2017/s_tables/1-8(J).xls)

[https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/db_zenkoku2023/s_tables/1-8\(J\).xlsx](https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/db_zenkoku2023/s_tables/1-8(J).xlsx)

- ◆ 国立社会保障・人口問題研究所が公表している「日本の将来推計人口（令和5年推計）」によると、出生数が68万人台になるのは2039年の予測だった。
→ **15年早く減少！！**

- ◆ 死亡数が160万人となるのは2032年（8年後）、自然増減数が91万人となるのは2035年（11年後）との予測だった

表1-8(J) 出生，死亡及び自然増加の実数ならびに率（日本人人口）：出生中位（死亡中位）推計

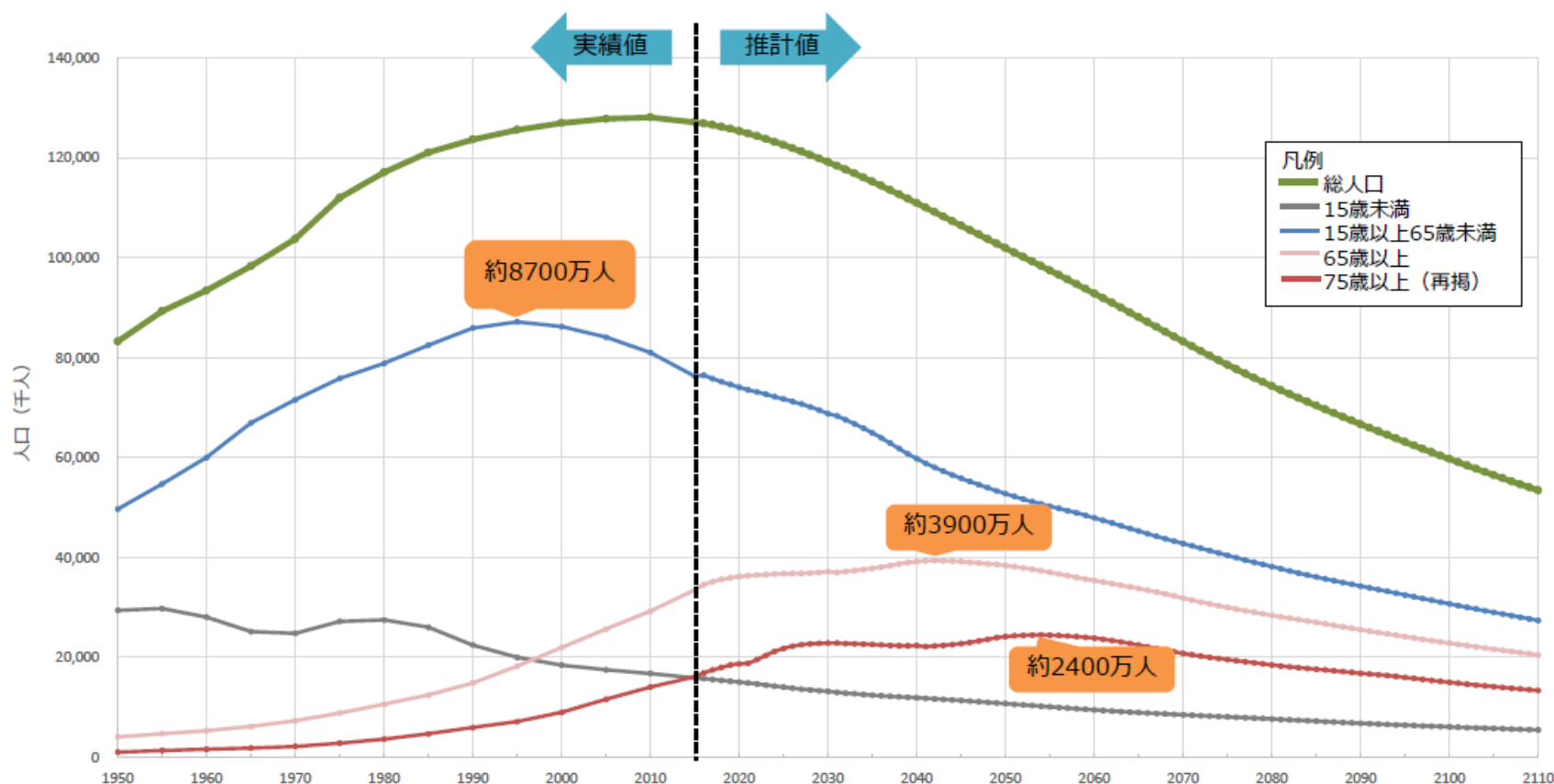
年 次	実 数 (1,000人)		
	出 生	死 亡	自然増加
令和 3 (2021)	813	1,438	-625
4 (2022)	766	1,524	-758
5 (2023)	739	1,482	-743
6 (2024)	755	1,499	-744
7 (2025)	749	1,516	-767
8 (2026)	744	1,532	-787
9 (2027)	743	1,546	-803
10 (2028)	744	1,560	-816
11 (2029)	743	1,573	-830
12 (2030)	741	1,585	-843
13 (2031)	739	1,596	-857
14 (2032)	735	1,606	-871
15 (2033)	730	1,616	-886
16 (2034)	723	1,624	-901
17 (2035)	716	1,632	-915
18 (2036)	709	1,638	-929
19 (2037)	701	1,643	-943
20 (2038)	692	1,647	-955
21 (2039)	684	1,649	-965
22 (2040)	675	1,649	-974

医療提供体制を取り巻く状況 ～超高齢化・人口急減の到来～

出典：令和4年3月4日開催「第7回第8次医療計画等に関する検討会」資料1より抜粋

人口動態① 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

- 我が国の人口動態を見ると、現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



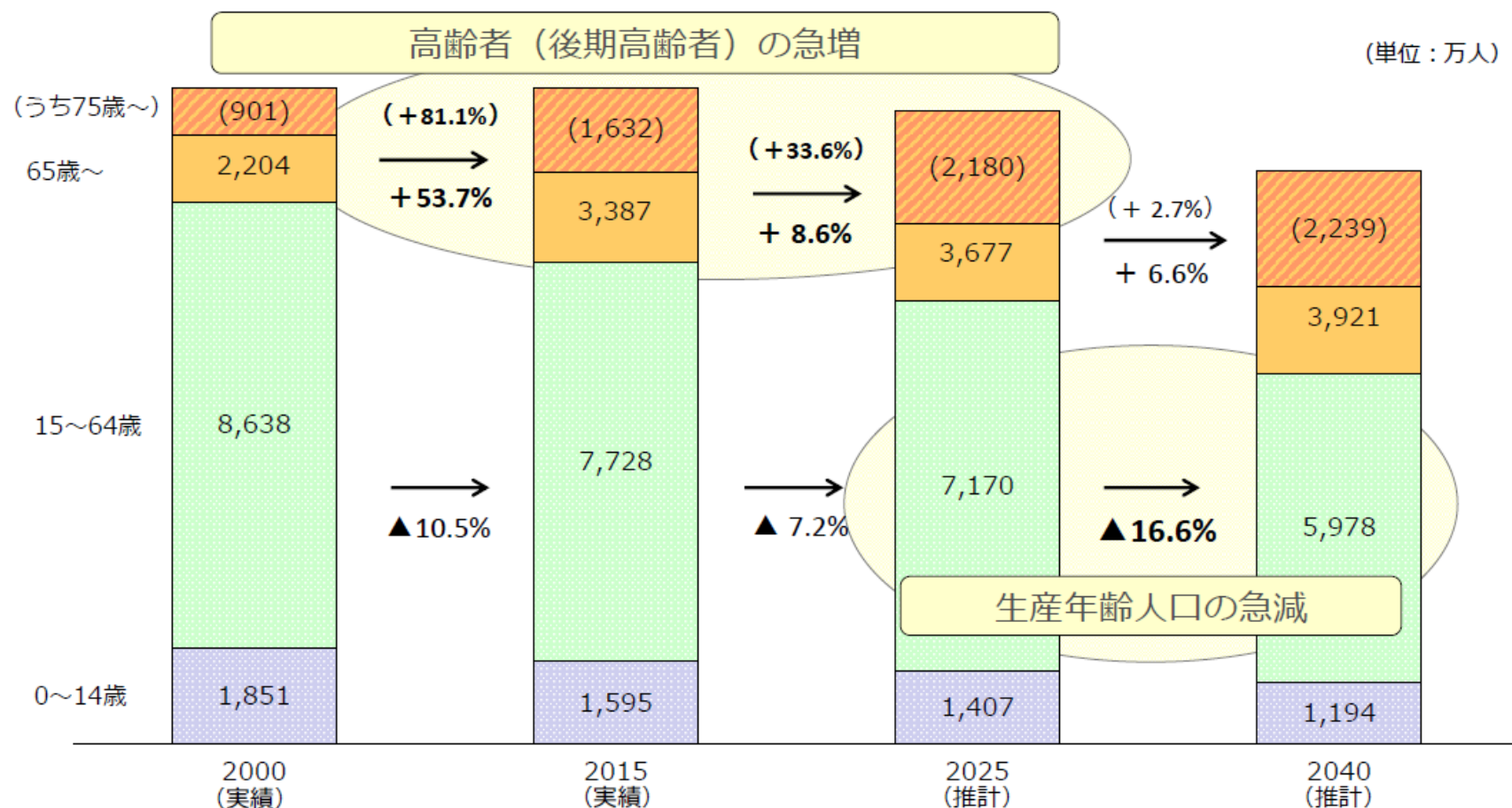
出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢（4区分）別人口の推移と将来推計」「総数、年齢4区分別総人口および年齢構造係数」

※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。

人口動態② 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

- 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

【人口構造の変化】



2025年以降の変化①：人口動態（地域別）

○ 構想区域別に、年齢区分別人口の2015年から2025年まで、2025年から2040年までの人口変動をそれぞれみると、特に2025年以降については、地域ごとに状況が大きく異なっている。

- ・大都市型では、高齢人口が概ね増加、生産年齢人口は微増～減少
- ・地方都市型では、高齢人口が増加～減少と幅広く、生産年齢人口は微減～大幅減
- ・過疎地域型では、高齢人口が減少している地域が多く、生産年齢人口は概ね大幅減

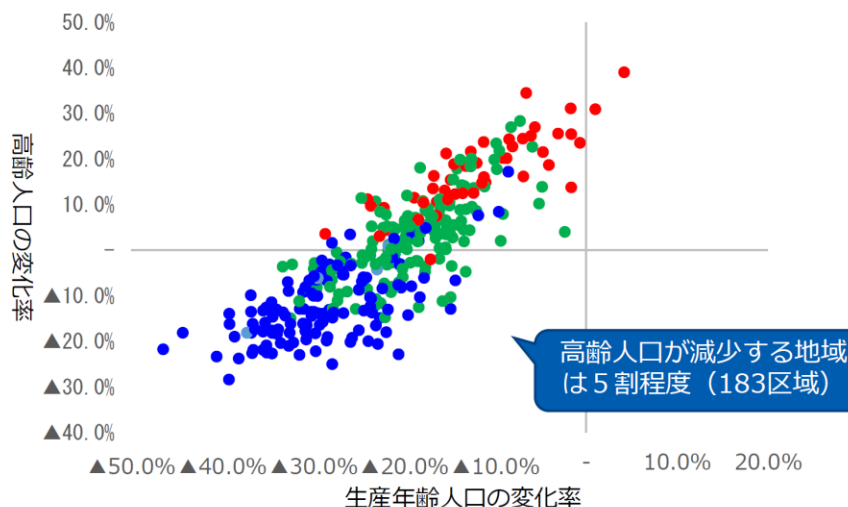
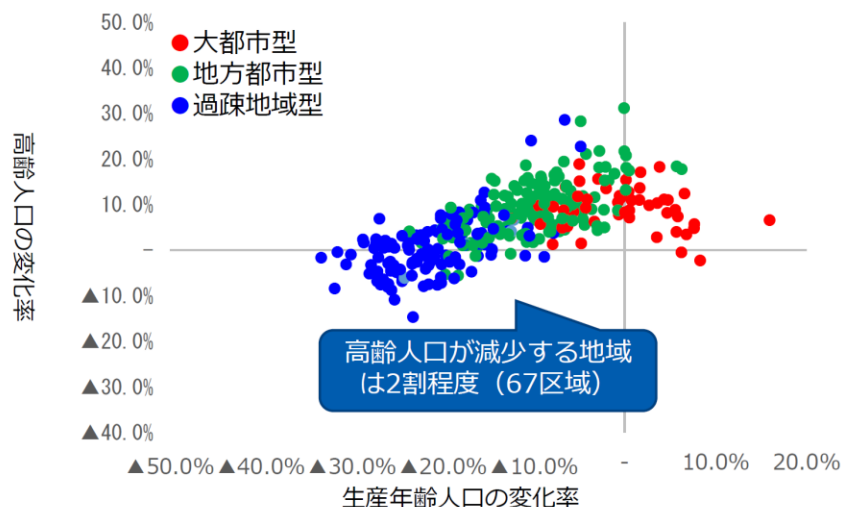
大都市型：人口が100万人以上（又は人口密度が2,000人/km²以上）
 地方都市型：人口が20万人以上（又は人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上）
 過疎地域型：上記以外

＜2015→2025の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-0.1%	9.1%
●地方都市型	-10.4%	8.9%
●過疎地域型	-20.9%	0.6%

＜2025→2040の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%



出典：2015人口は総務省「国勢調査」（2015年）、それ以外は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2023年推計）

※福島県の相双構想区域及びいわき構想区域については一体的に推計されているため、これら2つの構想区域を除く337構想区域について集計。

参考：2024/3/29第1回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料2

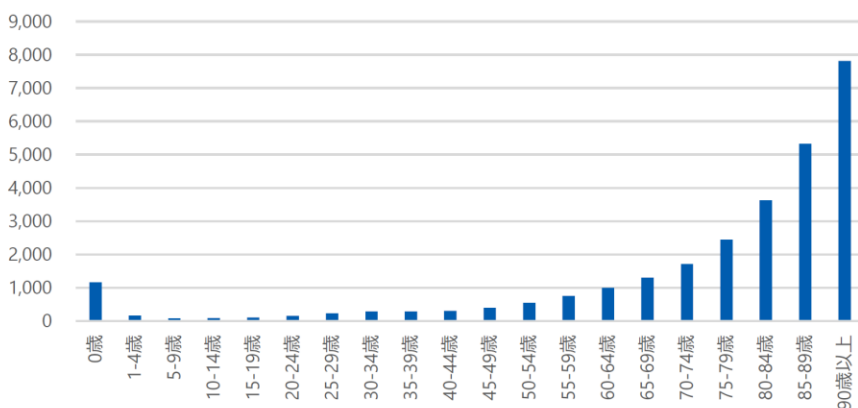
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39258.html

医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

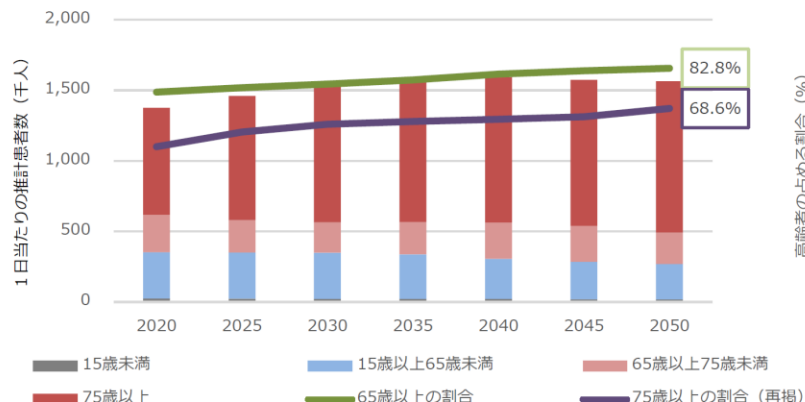
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1（一部改）

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約8割となることが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに98の医療圏が、また2035年までには236の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

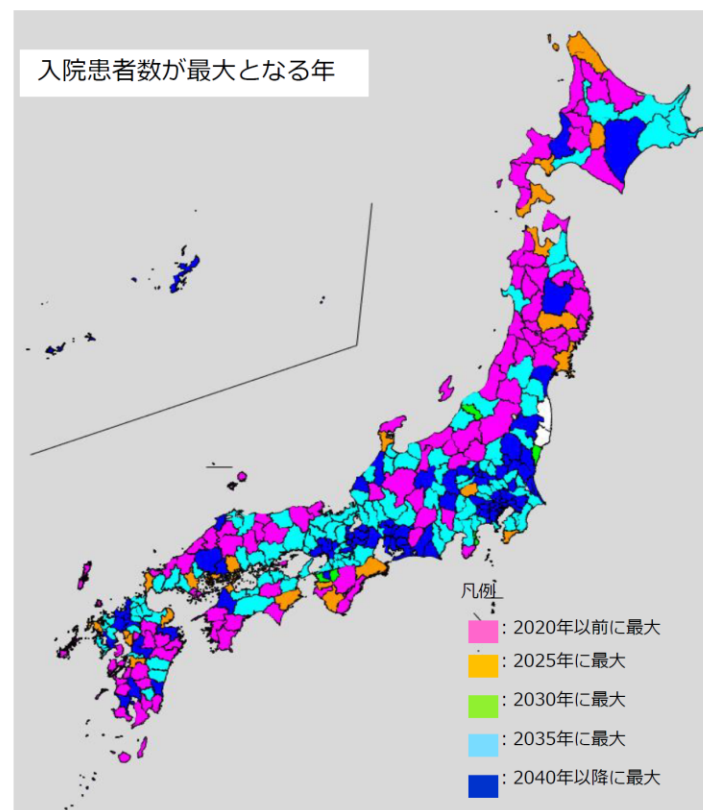
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の実受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

参考：2024/3/29第1回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料2

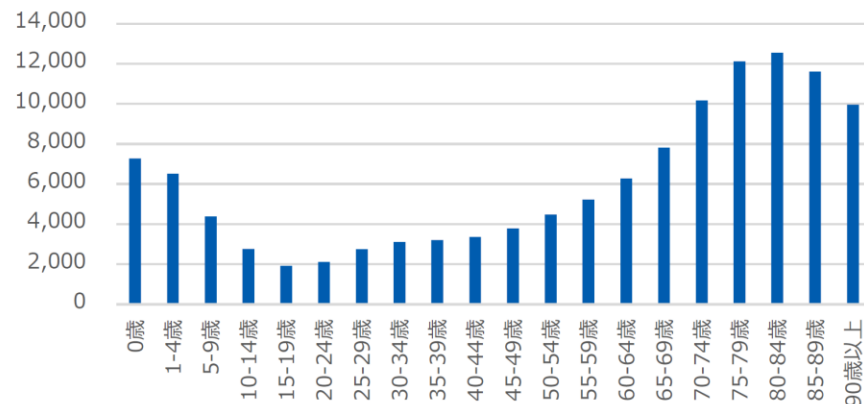
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39258.html

医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

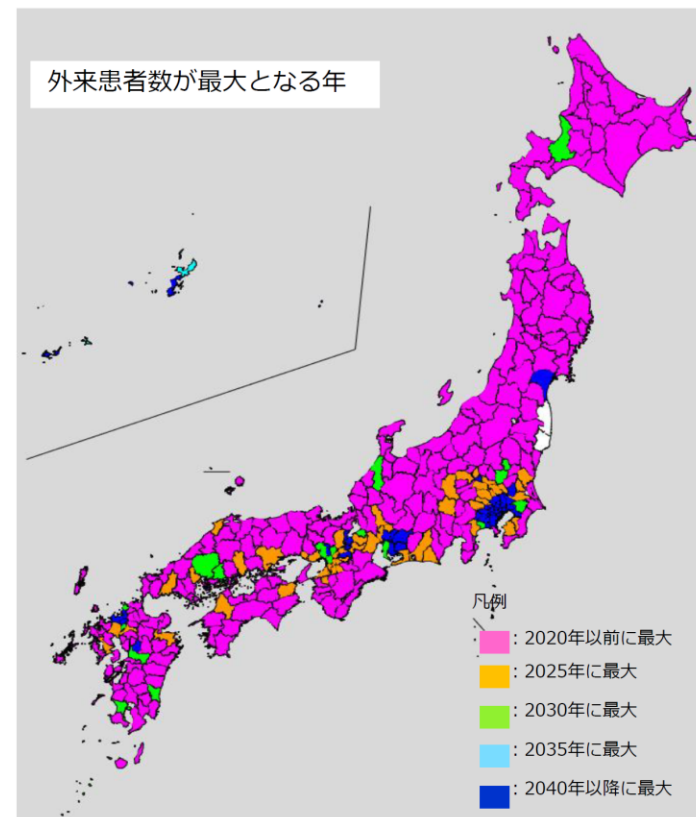
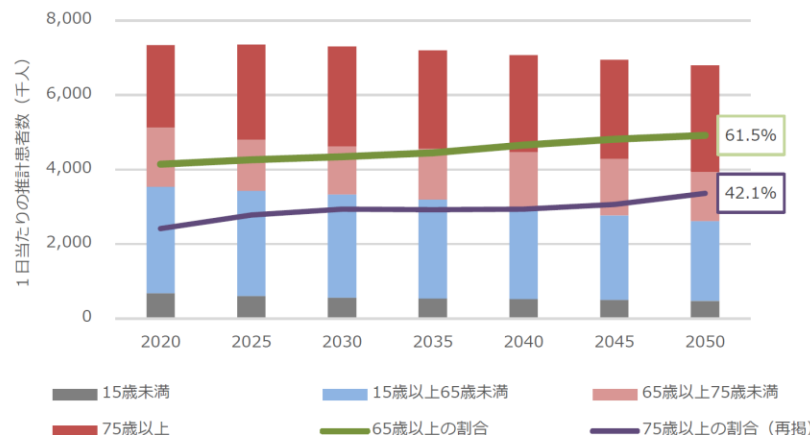
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに218の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

外来受療率（人口10万対）



外来患者数推計



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

参考：2024/3/29第1回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料2

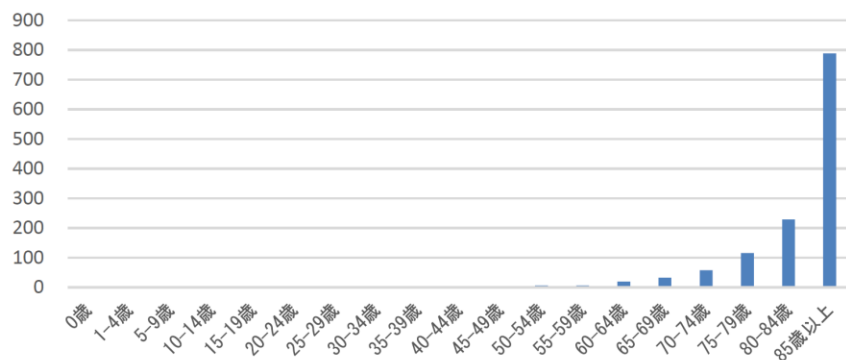
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39258.html

医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

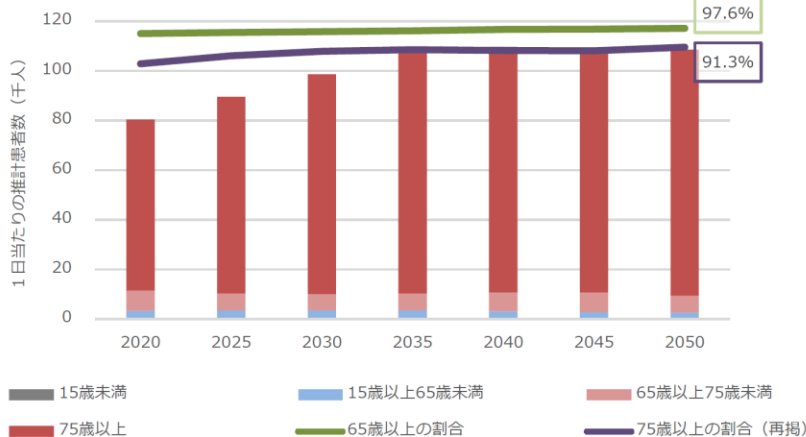
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

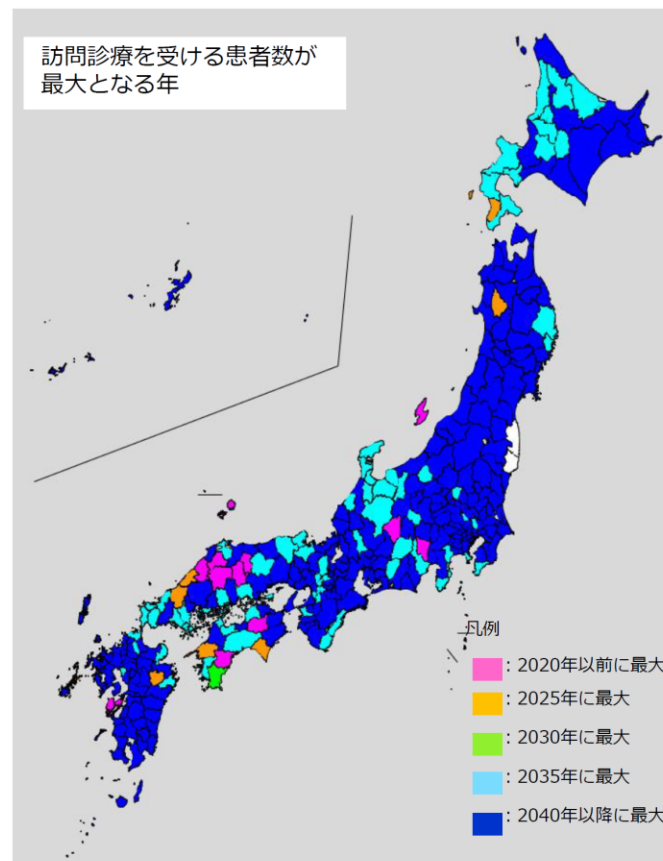
訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

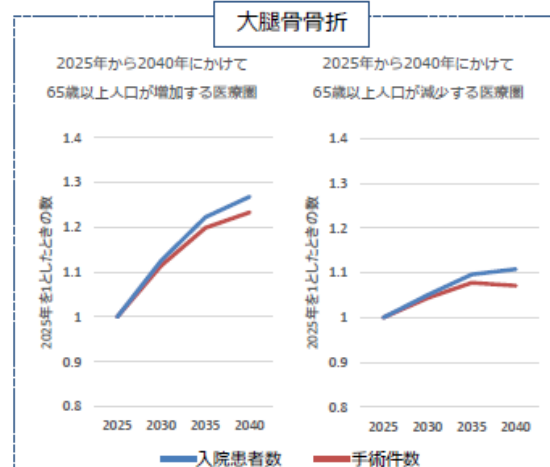
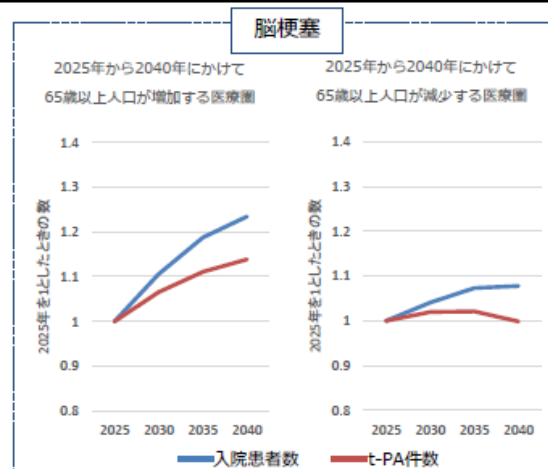
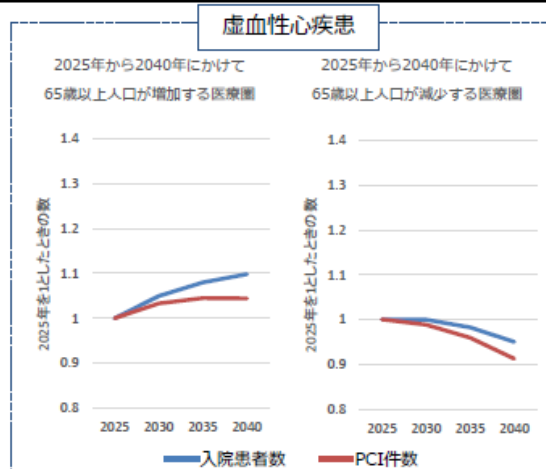
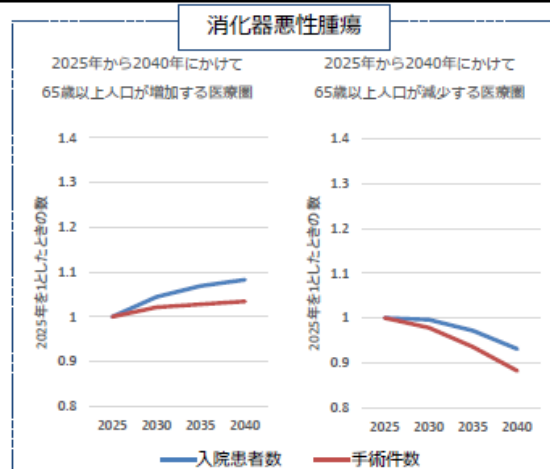
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

参考：2024/3/29第1回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料2

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39258.html

医療需要の変化④ 超高齢化・人口急減で、急性期の医療ニーズが大きく変化する

- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が増加する2次医療圏(132の医療圏)では、急性期の医療需要が引き続き増加することが見込まれるが、がん・虚血性心疾患・脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は大幅な増加が見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が減少する2次医療圏(197の医療圏)では、がん・虚血性心疾患の入院患者数の減少が見込まれる。脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は増加が見込まれる。



出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）（2019年度分、医政局において集計）

患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和2年1月1日現在）」

※ 入院患者数は、各疾患の都道府県ごとの入院受療率に二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。

※ 手術件数・PCI件数・t-PA件数は、NDBの集計（下記定義による）による実績値から、令和2年1月1日時点での住民人口を用いて都道府県ごとの受療率を算出し、二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。

※ 消化器悪性腫瘍の手術件数とは、消化管及び肝胆脾等にかかる悪性腫瘍手術の算定回数の合計である。

※ 虚血性心疾患のPCI件数とは、「経皮的冠動脈形成術」「経皮的冠動脈ステント留置術」等の算定回数の合計である。

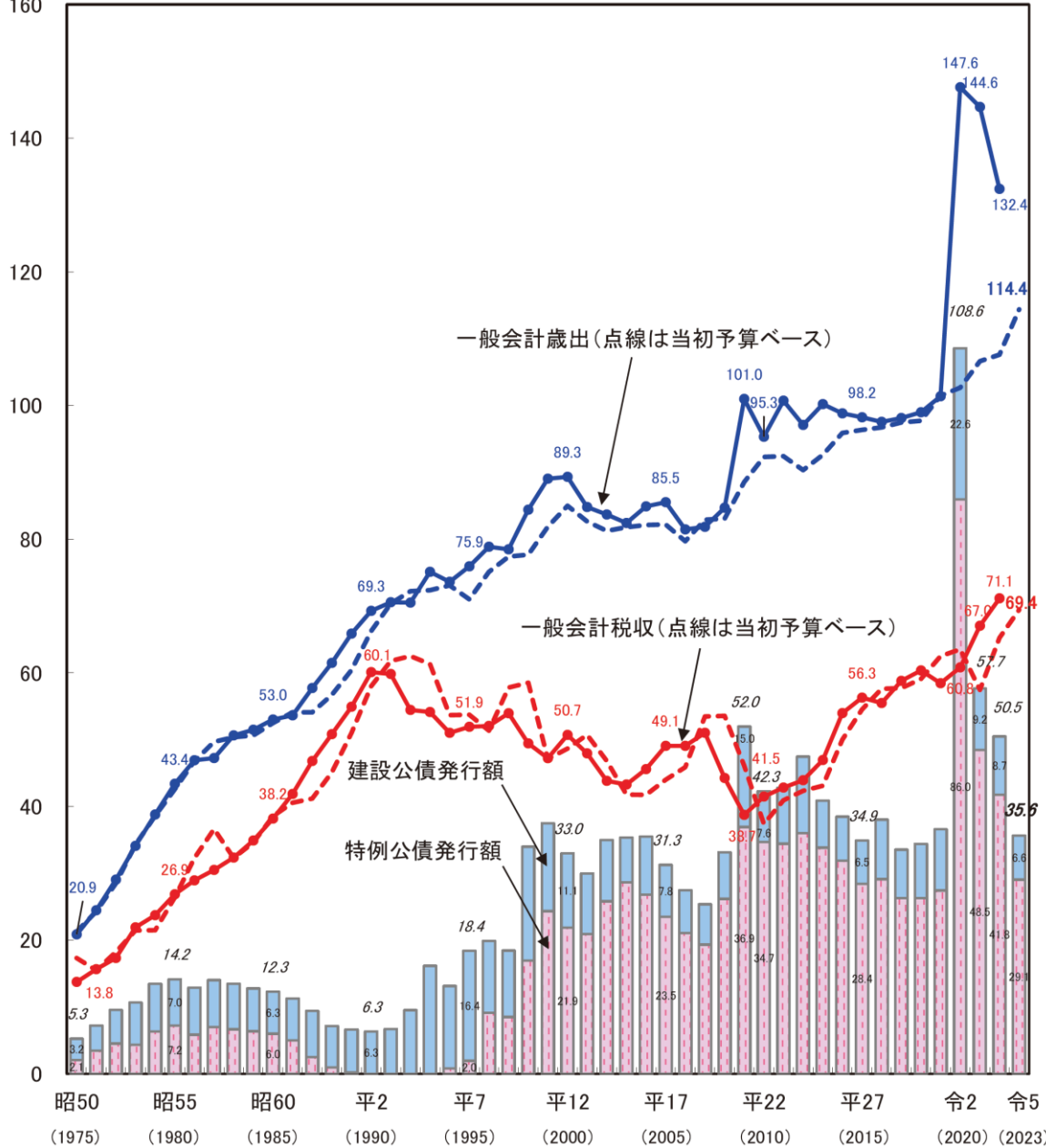
※ 脳梗塞のt-PA（アルテプラゼによる血栓溶解療法）件数とは、「超急性期脳卒中加算」の算定回数の合計である。

※ 大腿骨骨折の手術件数とは、「人工骨頭挿入術（股）」の算定回数の合計である。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について推計。

一般会計における歳出・歳入の状況

(兆円)
160



我が国財政は歳出が歳入を上回る状況が続いています。その差は借金(建設公債・特例公債)によって賄われています。

(注1) 令和4年度までは決算、令和5年度は予算による。点線は令和4年度までは当初予算、令和5年度は予算による。

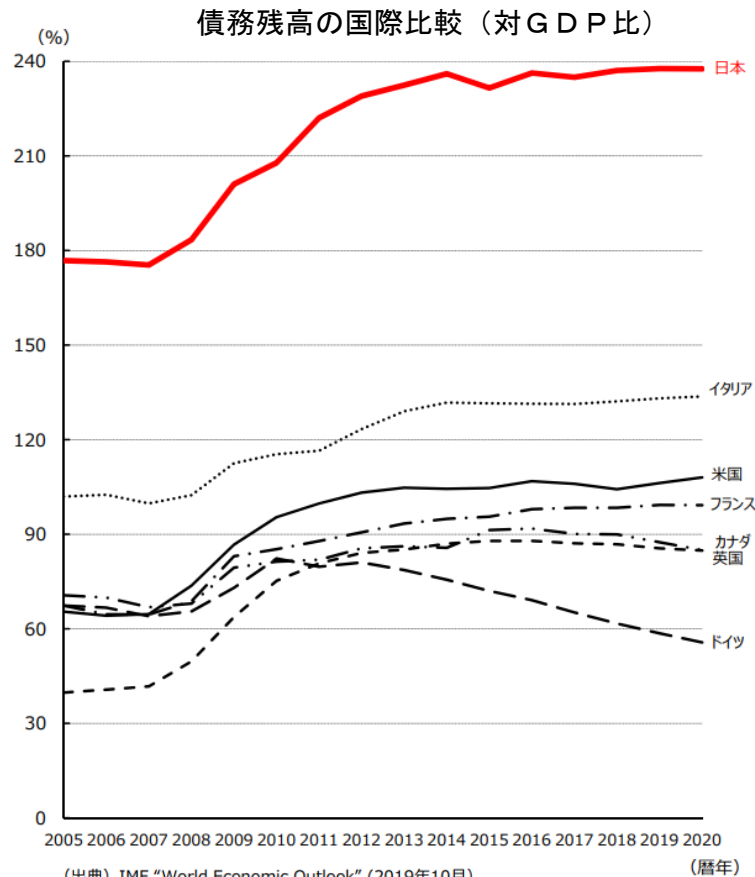
(注2) 特例公債発行額は、平成2年度は湾岸地域における平和回復活動を支援する財源を調達するための臨時特別公債、平成6～8年度は消費税率3%から5%への引上げに先行して行った減税による租税収入の減少を補うための減税特例公債、平成23年度は東日本大震災からの復興のために実施する施策の財源を調達するための復興債、平成24年度及び25年度は基礎年金国庫負担2分の1を実現する財源を調達するための年金特例公債を除いている。

(注3) 令和5年度の歳出については、令和6年度以降の防衛力整備計画対象経費の財源として活用する防衛力強化資金繰入れ3.4兆円が含まれている。

政府債務残高の現状

財政健全化の必要性

我が国の財政は、毎年の多額の国債発行が積み重なり、
国際的にも歴史的にも最悪の水準にあります(太平洋戦争末期と同水準)。
欧州諸国のような財政危機の発生を防ぐために、
GDP(返済の元手)との対比で債務残高が伸び続けられないよう、収束させていくことが重要です。

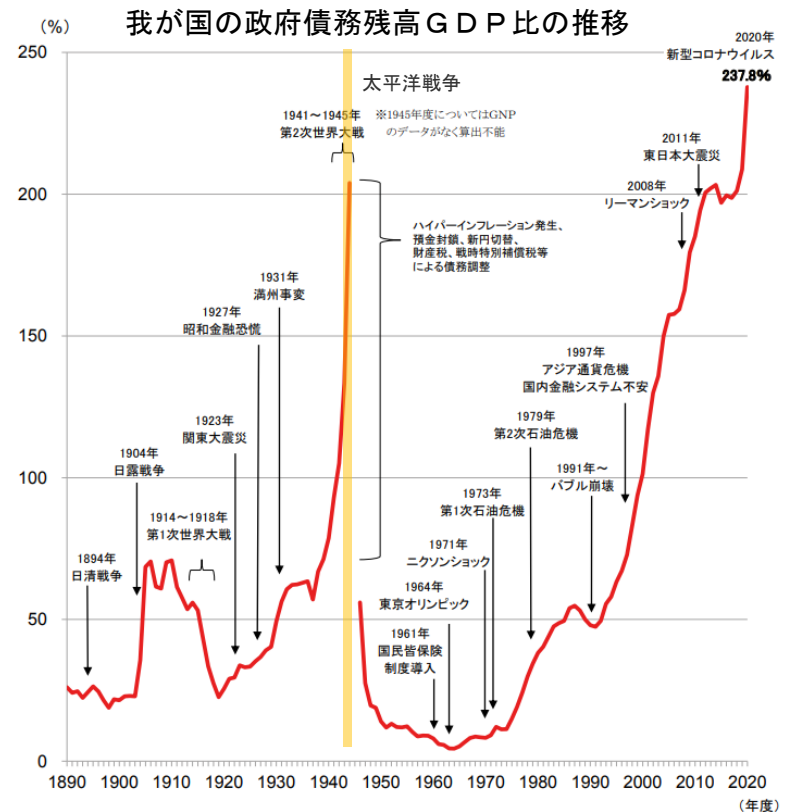


(出典) IMF “World Economic Outlook” (2019年10月)

(注1) 数値は一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。
(注2) 日本は2018年から、それ以外の国々は2019年から推計値。

財務省 財政に関する資料

https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/a02.htm

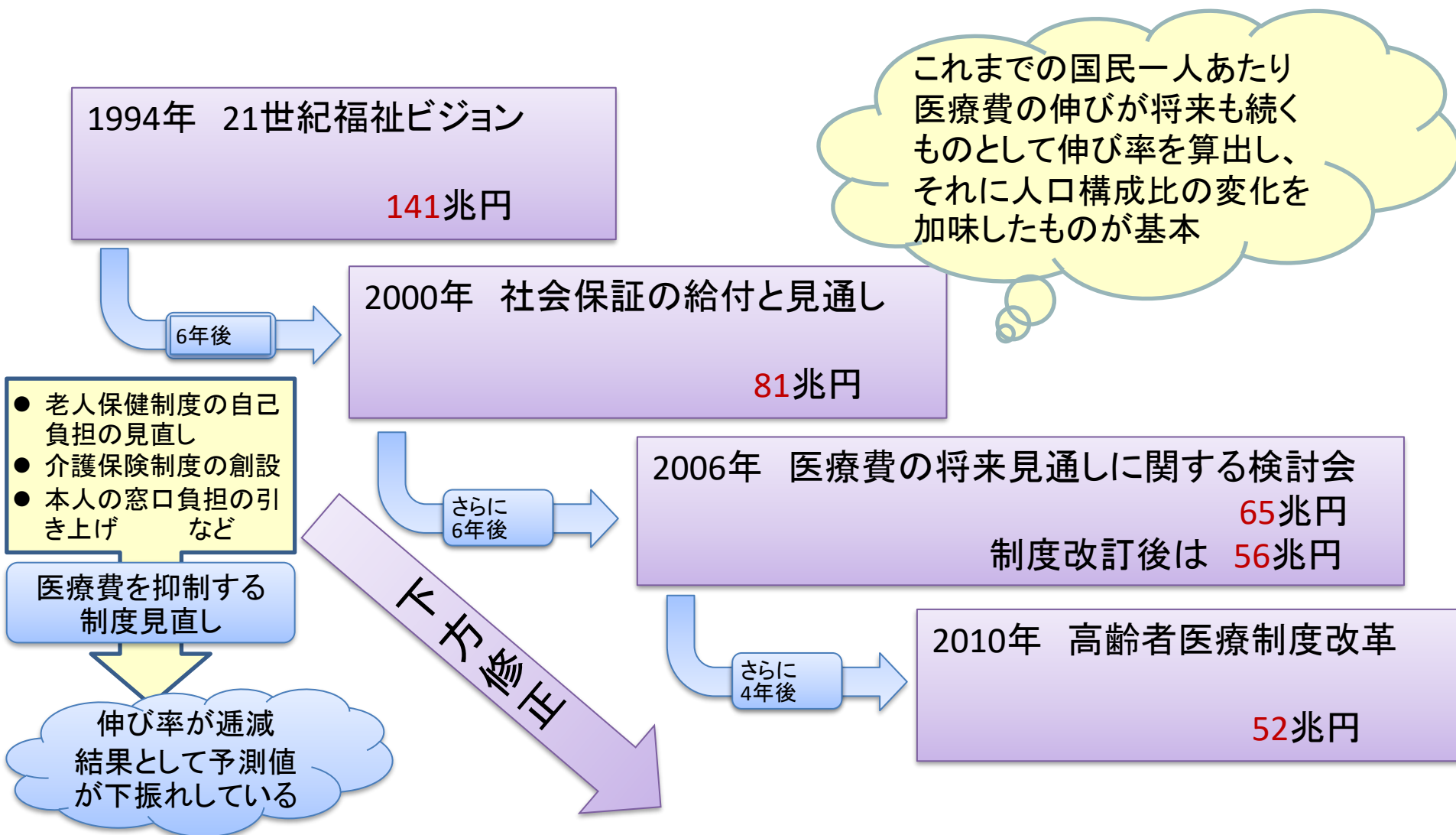


(注1) 政府債務残高は、「国債及び借入金現在高」の年度末の値(「国債統計年報」等による)。2019年度は補正後予算に基づく見込み。
2020年度は第2次補正後予算に基づく計数であり、政府短期証券のうち財政融資資金証券、外国為替証券、倉庫証券の残高が
発行限度額(計197兆円)となっていることに留意。なお、1945年は第2次世界大戦終結時によりGNPのデータがなく算出不能。
(注2) GDPは、1929年度までは「大川・高松・山本推計」における粗国民支出、1930年度から1954年度までは名目GNP、1955年度以降
は名目GDPの値(1954年度までは「日本長期統計総覧」、1955年度以降は国民経済計算による)。ただし、2019年度及び2020年度は、
「令和2年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度」(令和2年1月20日閣議決定)による。

財務省 日本の財政関係資料 令和2年7

https://www.mof.go.jp/budget/fiscal_condition/related_data/202007_00.pdf

2025年度の国民医療費見通しの比較



■ 何故医療費が爆発
しなかったのか

■ 患者はどこへ行ったのか

何故医療費が爆発しなかったのか(まとめ)

病院の在院患者延数

年 次	総 数 (単位:人)
平成 11 年 (1999)	509 438 114
令和 元 年 (2019)	450 462 423

病院の在院患者延数は
減少している



病院の新入院患者数は
増加している



★つまり、総患者数は増加している
そして

病院の平均在院日数は
短縮された

病院の新入院患者数

年 次	総 数 (単位:人)
平成 11 年 (1999)	12 786 484
令和 元 年 (2019)	16 473 879

病院の平均在院日数(単位:日)

年 次	全 病 床	一般病床
平成 11 年 (1999)	39.8	27.2
令和 元 年 (2019)	27.3	16.0

病院の病床利用率(単位:%)

年 次	全 病 床	一般病床
平成 11 年 (1999)	84.6	81.9
令和 元 年 (2019)	80.5	76.5

★しかし、
患者数の増加よりも平均在院日数の
短縮の方が 大きかったため、
結果として病床の利用率が落ちた

結果として

■ 全国的に入院患者数が減った

- 収入が落ちた

大多数

- 固定費の変えられない病院は、特に収益が悪化したと考えられる

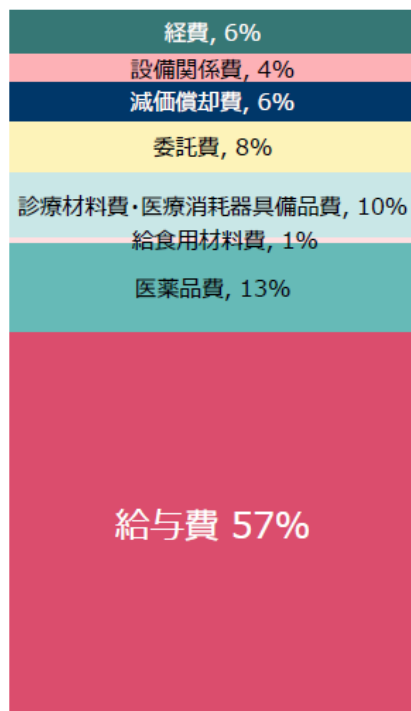
少数
患者や医師・看護師を
集めることに成功した

少数の勝ち組と 大多数の負け組 という構図

病院の経営状況について

一般病院において、医業・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医業利益率は低下している。

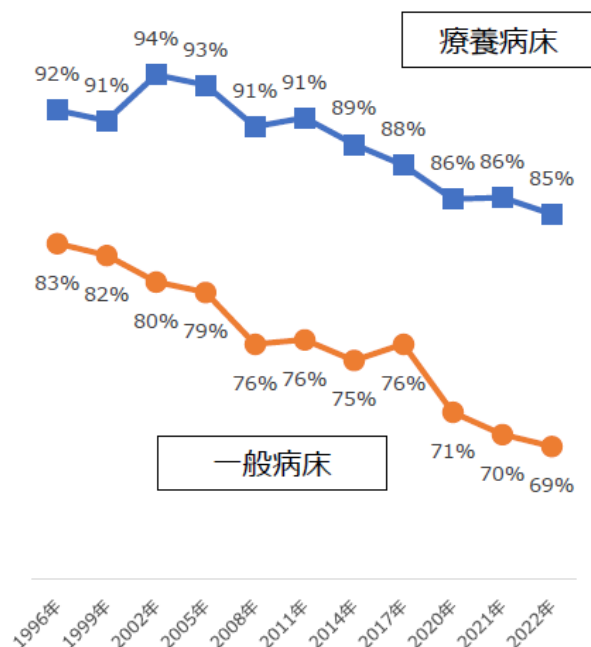
一般病院の費用構造



医業・介護収益に占める比率

資料出所：医療経済実態調査（令和5年調査）

病床利用率の推移



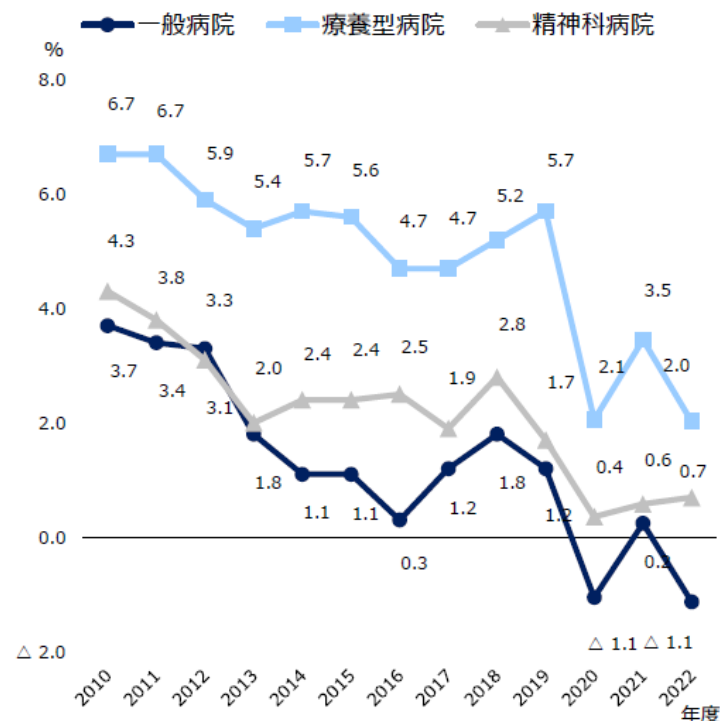
資料出所：厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過の旧療養型病床群の数値である。

※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過の旧その他の病床（経過の旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注）2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

病院の医業利益率の推移



注1）コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい

注2）コロナ対応のかかり増し経費等は医業費用として計上される一方、注1のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

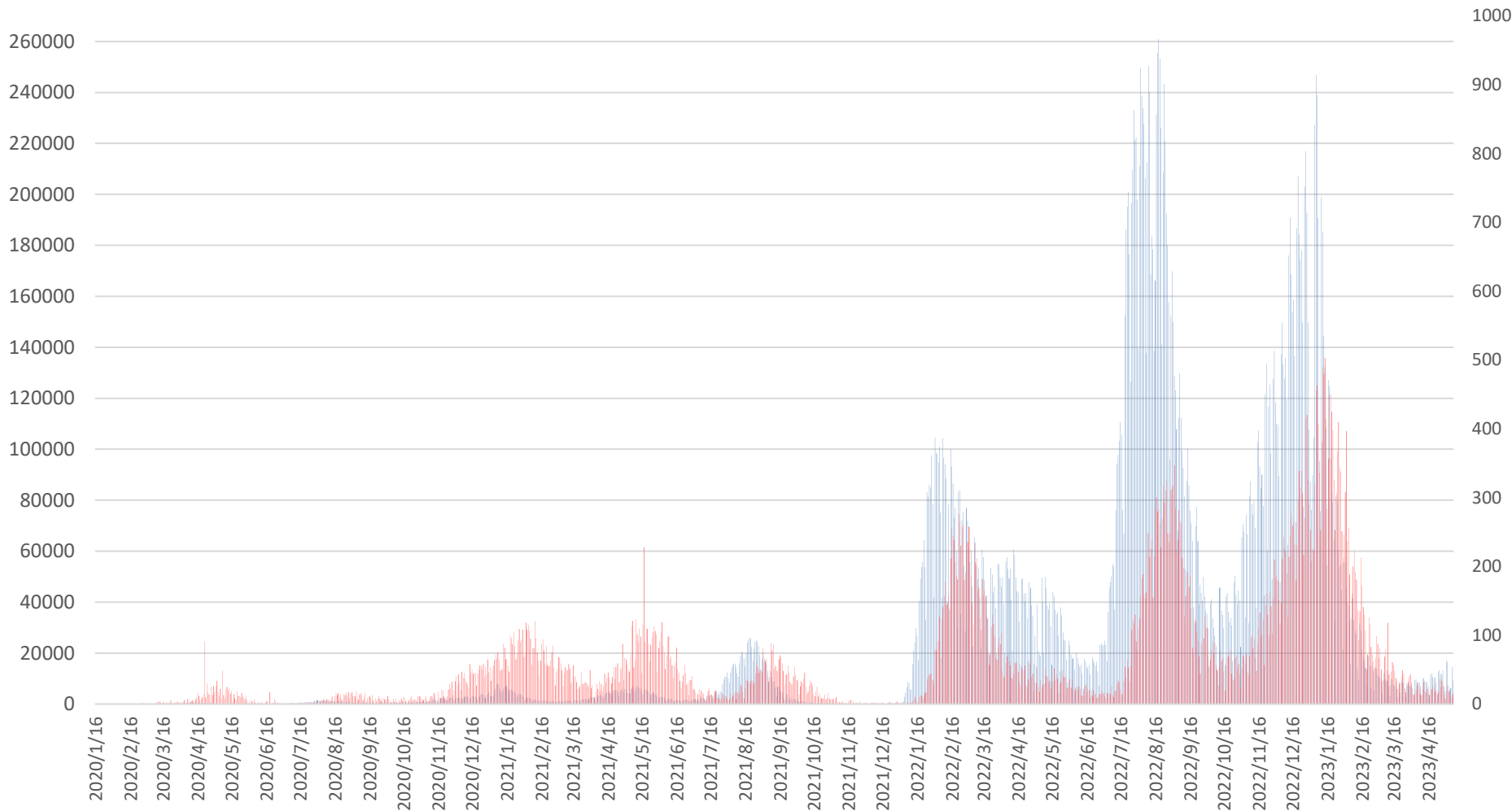
出典：「2022年度 病院の経営状況について」WAM Research Reportより

新規感染者数と死者数の推移

2020年1月16日～2023年5月9日

■新規感染者数

■死者数



二つを合わせると、新規感染者数と死者数の推移にはタイムラグが生じ似たようなグラフを描いている。

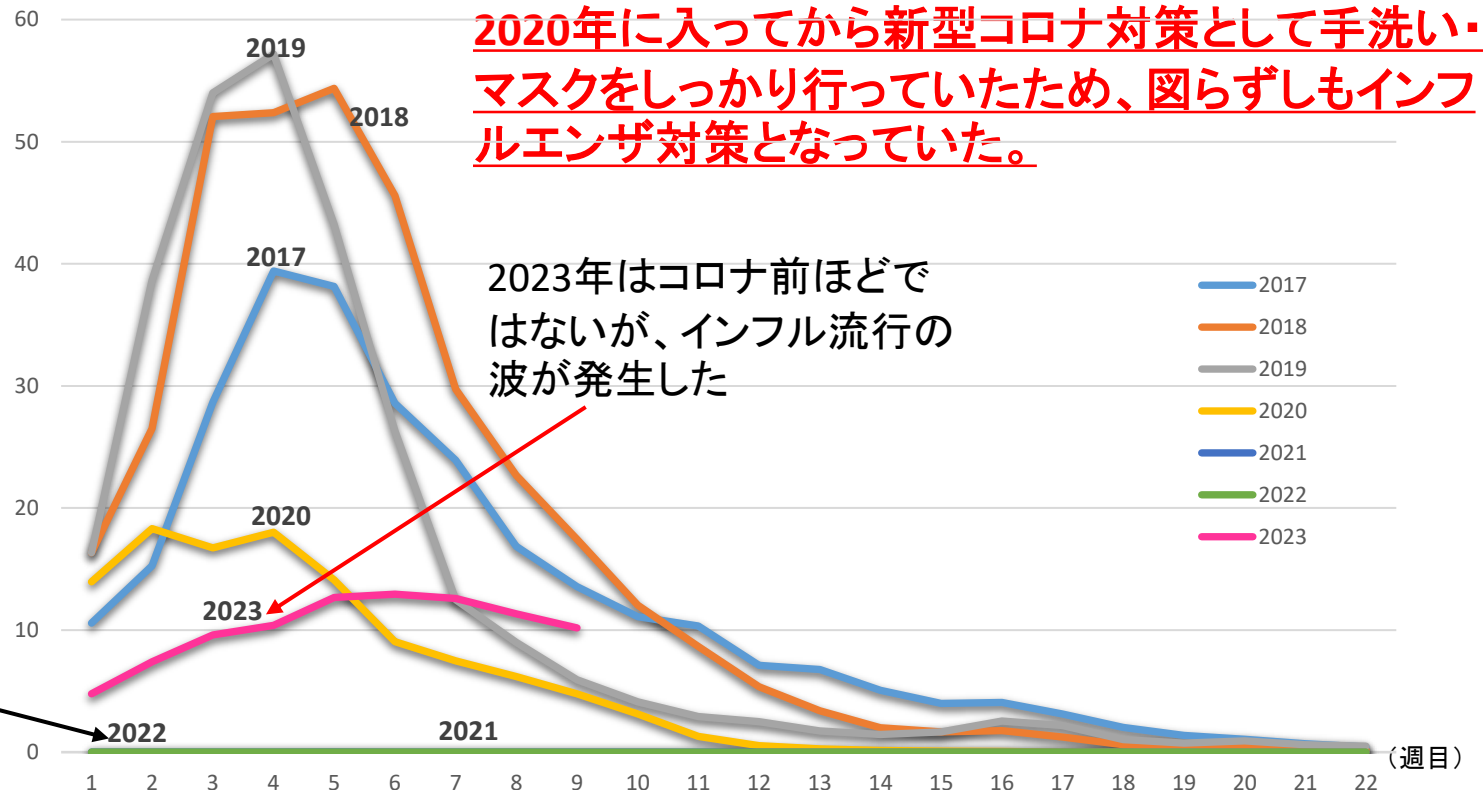
令和2年通年患者、 外来9.9%減、在院5.6%減

- 厚生労働省が公表している病院報告から、2020年の外来患者数は前年比9.9%減、1日平均在院患者数は5.6%減であることが分かった。
 - ◆ 1～12月の1日平均患者数から年間平均患者数を割り出した。
 - ◆ 外来患者数は119万3137人（前年 132万4853人）
 - ◆ 在院患者数は116万5806人（前年 123万4503人）
- 外来・在院患者数はともに5月に大幅な減少が見られた。その後は回復傾向だが、前年を下回る状況にある。
 - ◆ 外来患者は4月が19.5%減、5月に25.2%減と大幅に減少。
 - ◆ 在院患者は5月に10.0%減、6月に8.0%減。以降は4～6%台の減少幅で推移。

ところで...

2020年以降は新型コロナウイルスばかり報道されていたが、
毎年猛威を振るうインフルエンザの状況は？

インフルエンザ 定点あたり報告数



2022-2023年は、海外からの入国が緩和されて人的交流が増加し、国内へウイルスが持ち込まれる可能性が昨年以上に高くなった。

折しも、日本でも過去2年間、国内での流行がなかったため、社会全体のインフルエンザに対する集団免疫が低下しており、一旦感染が起こると、特に小児を中心に社会全体として大きな流行となった可能性が考えられる。

コロナ後も病院(一般病床)の病床利用率は減少している

●病院の在院患者延数

年次	総数(人)
平成11年	約5.1億
令和元年	約4.5億
令和4年	約4.1億

コロナ前20年で
1割の減

コロナ後3年で
さらに1割の減

病院の在院患者延数は、ここ20年では約2割、
10年でみると約1割減っている

●病院(一般病床)の平均在院日数

年次	日
平成11年	27.2
令和元年	16.0
令和4年	16.2

コロナ前20年で
約4割(11日間)短縮

コロナ後は
ほぼ横ばい

病院の平均在院日数は、ここ20年では約3割
減っている、10年でみると約1割(7%)減っている

●病院(一般病床)の新入院患者数

年次	総数(人)
平成11年	約1,227万
令和元年	約1,562万
令和2年	約1,416万
令和4年	約1,382万

コロナ前20年で
3割程度の増

コロナ後1年で
1割減少、
その後横ばい

病院の新入院患者数は、ここ20年では
約1割(7%)程度しか増えていない、
10年でみると4%減っている

●病院(一般病床)の病床利用率

年次	%
平成11年	81.9
令和元年	76.5
令和4年	69.0

コロナ前20年で
5%の減

コロナ後3年で
さらに7%の減

病院の病床利用率は、ここ20年では10%
減っている、10年でみると7%減っている

**病床利用率の減少は
日本全体での新入院患者の減少が主原因であると考えられる**

病院報告：抜粋まとめ

	在院患者 延数(人)	(一般病床) 新入院患者数(人)	外来患者 延数(人)	病床利用率 (%)	(一般病床) 病床利用率 (%)	(一般病床) 平均在院日数(日)
平成 11	509,438,114	12,270,854	653,382,423	84.6	81.9	27.2
12	512,911,874	12,500,857	662,822,297	85.2	83.8	30.4
13	512,052,885	12,595,412	657,048,498	85.3	81.1	23.5
14	509,443,294	12,889,614	633,917,992	85.0	80.1	22.2
15	506,883,899	13,178,483	606,399,536	84.9	79.7	20.7
16	506,853,610	13,189,277	588,472,665	84.9	79.4	20.2
17	504,499,287	13,338,638	576,568,450	84.8	79.4	19.8
18	496,022,374	13,509,207	556,692,448	83.5	78.0	19.2
19	486,419,159	13,525,628	540,682,685	82.2	76.6	19.0
20	482,395,353	13,524,893	523,861,651	81.7	75.9	18.8
21	477,499,994	13,634,408	517,148,265	81.6	75.4	18.5
22	479,398,606	14,009,399	515,469,582	82.3	76.6	18.2
23	474,252,454	14,076,703	511,609,176	81.9	76.2	17.9
24	471,108,164	14,356,141	511,618,252	81.5	76.0	17.5
25	465,501,799	14,452,004	507,343,885	81.0	75.5	17.2
26	460,330,943	14,629,909	500,821,580	80.3	74.8	16.8
27	458,222,331	14,958,080	498,842,949	80.1	75.0	16.5
28	457,781,586	15,224,088	496,206,937	80.1	75.2	16.2
29	457,087,848	15,380,428	491,518,786	80.4	75.9	16.2
30	455,106,598	15,506,092	486,945,452	80.5	76.2	16.1
令和元年	450,462,423	15,619,787	483,562,467	80.5	76.5	16.0
2	426,532,344	14,158,900	436,713,058	77.0	71.3	16.5
3	417,038,006	14,109,224	453,695,018	76.1	69.8	16.1
4	410,896,266	13,818,127	459,008,572	75.3	69.0	16.2
5	410,133,669	14,659,870	450,301,521	75.6	70.8	15.7

◆ 病院報告(概数)によると、病院の1日平均在院患者数は下表のとおり。

※数値は全て概数である

病院の1日平均在院患者数(人)				R5→R6 増加率	R6→R7 増加率	R5→R7 増加率
	令和5年 ('23)	令和6年 ('24)	令和7年 ('25)			
1月	1 109 758	1 138 793	1 156 718	3%	2%	4%
2月	1 137 480	1 157 013	1 170 408	2%	1%	3%
3月	1 123 149	1 140 943	1 153 739	2%	1%	3%
4月	1 109 628	1 127 762	1 136 641	2%	1%	2%
5月	1 102 210	1 116 770	—	1%	—	—
6月	1 122 996	1 125 399	—	—	—	—
7月	1 128 409	1 138 772	—	1%	—	—
8月	1 141 213	1 141 950	—	—	—	—
9月	1 134 980	1 130 627	—	—	—	—
10月	1 124 839	1 124 238	—	—	—	—
11月	1 129 627	1 126 975	—	—	—	—
12月	1 124 647	1 133 001	—	1%	—	—

- ◆ 令和5年の年間平均と令和6年の平均を比較すると、112万人 → 113万人(1%↑)
- ◆ 令和6年に入ってから一旦入院患者数が戻ってきたが、次第に横ばい傾向に
- ◆ 令和7年も1月～4月の入院患者数は増加傾向ではあるが、増加率は大きくない

R5年の1日平均
在院患者数は
約 112万人

R6年の1日平均
在院患者数は
約 113万人

R7年4月までの1日
平均在院患者数は
約 115万人

- ◆ その原因として**日本全国での推計死亡数が予想よりもかなり多くなった**ことが関与していると考えられる。
- ◆ 国立社会保障・人口問題研究所(社人研)による推計日本人死亡者数(平成29年推計)と、人口動態統計における日本人死亡者数を用いて、**超過死亡※**を算出。

	2021年	2022年	2023年
超過死亡※	8,615人	115,089人	115,754人
うち65歳以上		114,868人	96,712人

※ここでは平成29年時点での推計死亡数を超えたぶんの実死亡数を「超過死亡」と仮称している。

- ◆ 仮に65歳以上の超過死亡者が生存していたとすると、入院患者数は121万人(R2患者調査)から**約32,000人**程度多くなる見込み。
→稼働率に**平均2.7%程度の影響**が出ている可能性

- ◆ 病院の全病床の病床利用率は令和元年から令和4年にかけて5%減っている。
- ◆ 病床利用率5%減少のうち、日本全国での超過死亡数が推計よりも約20万人多かったことによる影響として2.7%程度≒5割程度は説明できる。
- ◆ 現時点で老人施設も空床が目立っている。
老健施設での空床だけでなく、特別養護老人ホームでも空床が出て来ている。
これはサービス付き高齢者住宅の増加による影響もあるが、それだけでは説明がつかない。
- ◆ 日本全体で入院だけでなく施設入所する人が減ってきている状況である。

- 2025年には団塊の世代が後期高齢者となり、
医療・介護サービスの需要が著しく増大する
(人口は減少するのに)

若年者が減少し、高齢者が増加する



- ・ 高齢者人口 3600万人
- ・ 慢性疾患を抱える高齢者
要介護人口 約1.5倍増

急性疾患が減少し、慢性疾患が増加する
(高齢者の疾患が増える)



急性期の病床は余り、
慢性期の病床が不足する懸念がある

地域医療構想

地域医療構想の企図するもの

2025年での医療需要の急増に対し・・・

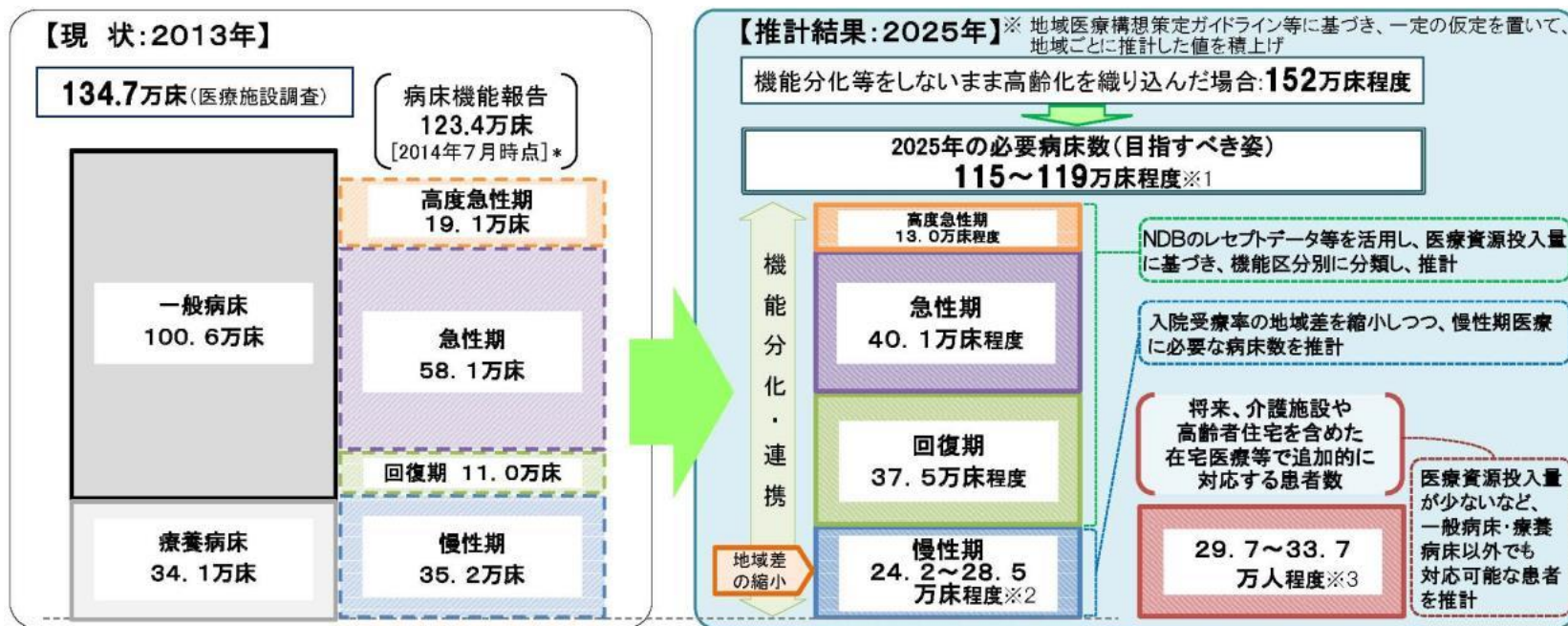
- ・ 病床機能を分化する
- ・ 病床機能を急性期主力から
回復期・慢性期・在宅へ誘導する

以上により対応することを企図した政策

実際のところ、患者数が減少する地域では、
病院の統合・再編を促す政策

政府による 必要病床数の推計値について

- 平成27年6月、政府の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」において、医療機能別の必要病床数の推計値が公表



* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

最大の1つの問題点

療養病床の入院患者のうち

医療区分1の患者の7割を在宅へ

本当に可能か？

#

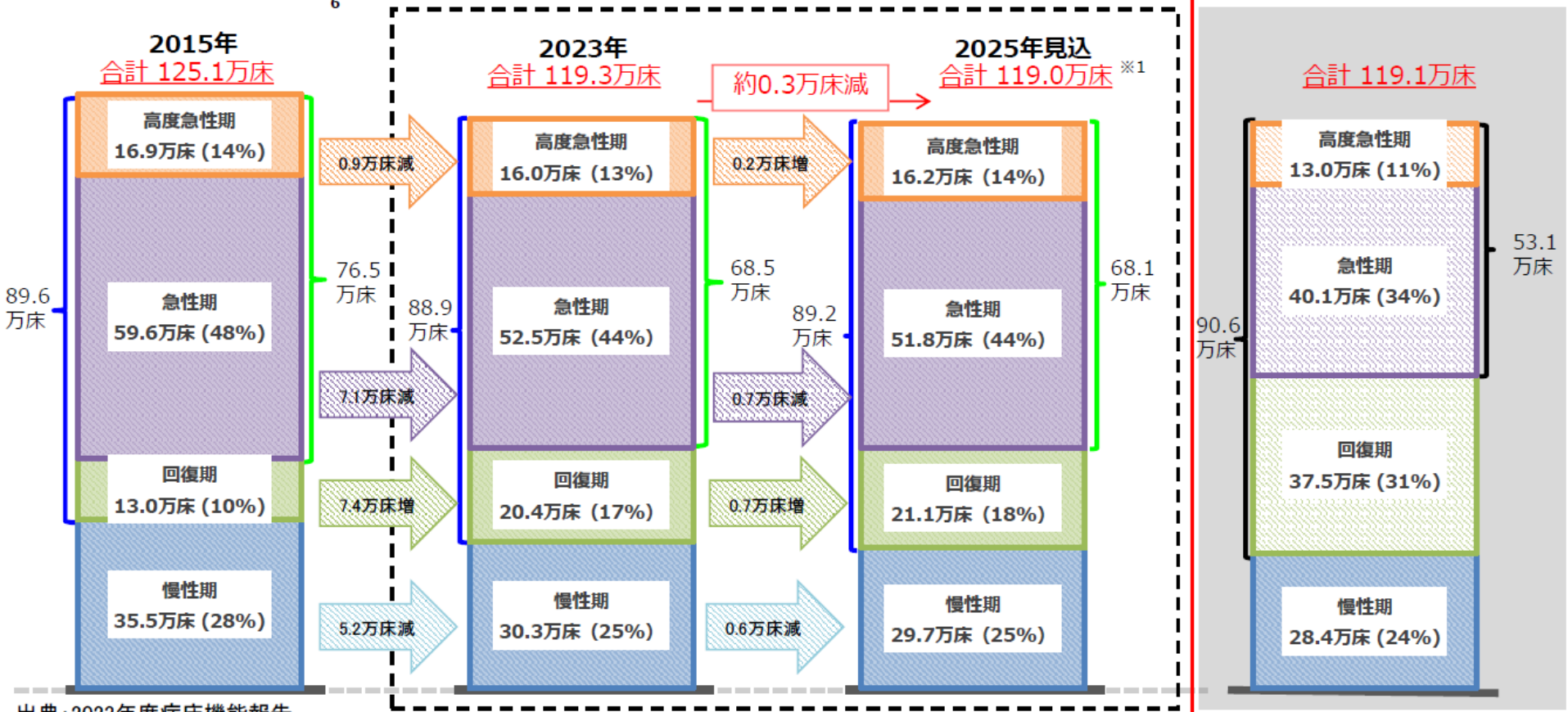
2023年度病床機能報告について

速報値

2015年度病床機能報告 (各医療機関が病棟単位で報告) ※6

2023年度病床機能報告 (各医療機関が病棟単位で報告) ※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)) ※4 ※6



出典: 2023年度病床機能報告

※1: 2023年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538 (95.4%)、2023年度病床機能報告: 12,203/12,402 (98.4%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 18,423床(参考 2022年度病床機能報告: 18,399床)

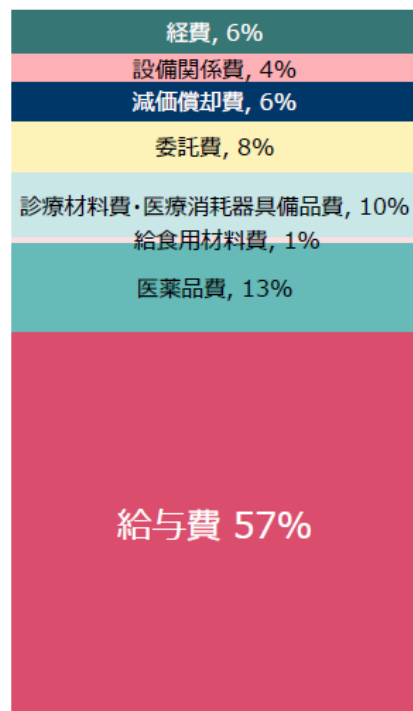
*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

病院の経営状況について

一般病院において、医業・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医業利益率は低下している。

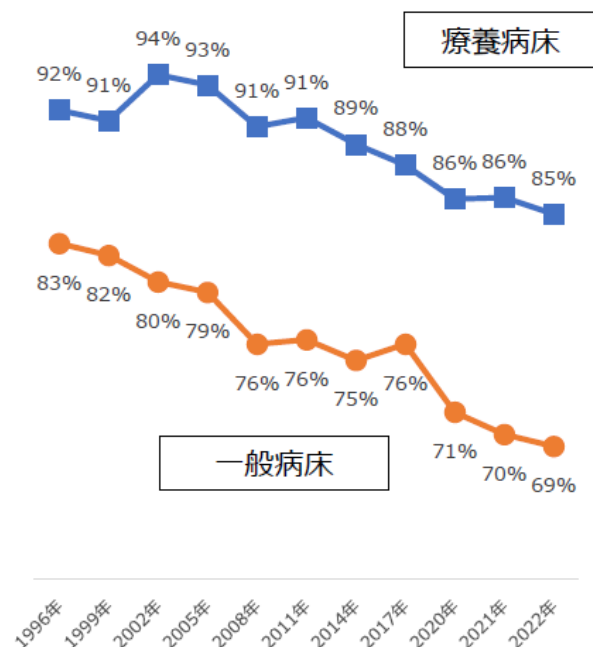
一般病院の費用構造



医業・介護収益に占める比率

資料出所：医療経済実態調査（令和5年調査）

病床利用率の推移



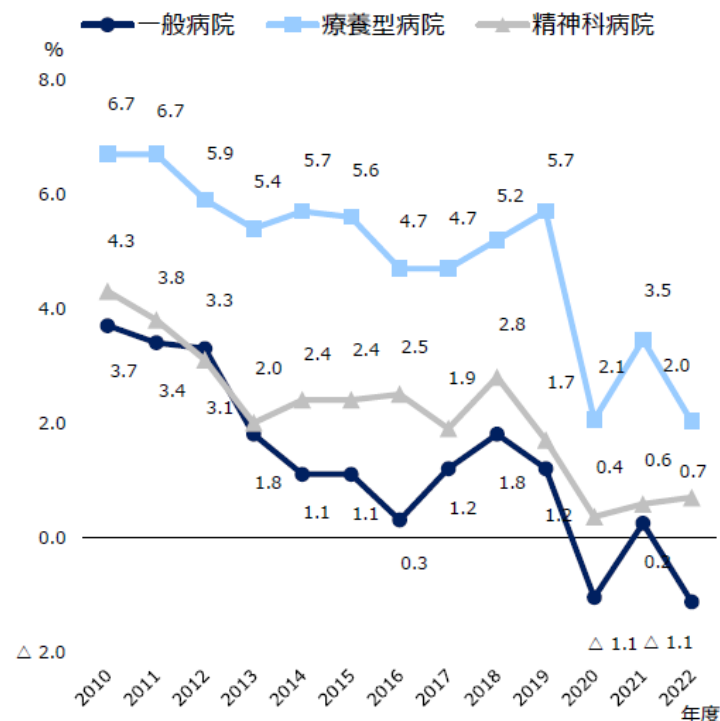
資料出所：厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過の旧療養型病床群の数値である。

※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過の旧その他の病床（経過の旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注）2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

病院の医業利益率の推移



注1）コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい

注2）コロナ対応のかかり増し経費等は医業費用として計上される一方、注1のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

出典：「2022年度 病院の経営状況について」WAM Research Reportより

病院の経営悪化の現状



コロナ後、
多くの病院が
運営に
行き詰まっている



日本病院会からの緊急提言

日本の病院の
約7割が赤字
破綻もうじき来る

医療利益

黒字
31%

赤字
69%

経常利益

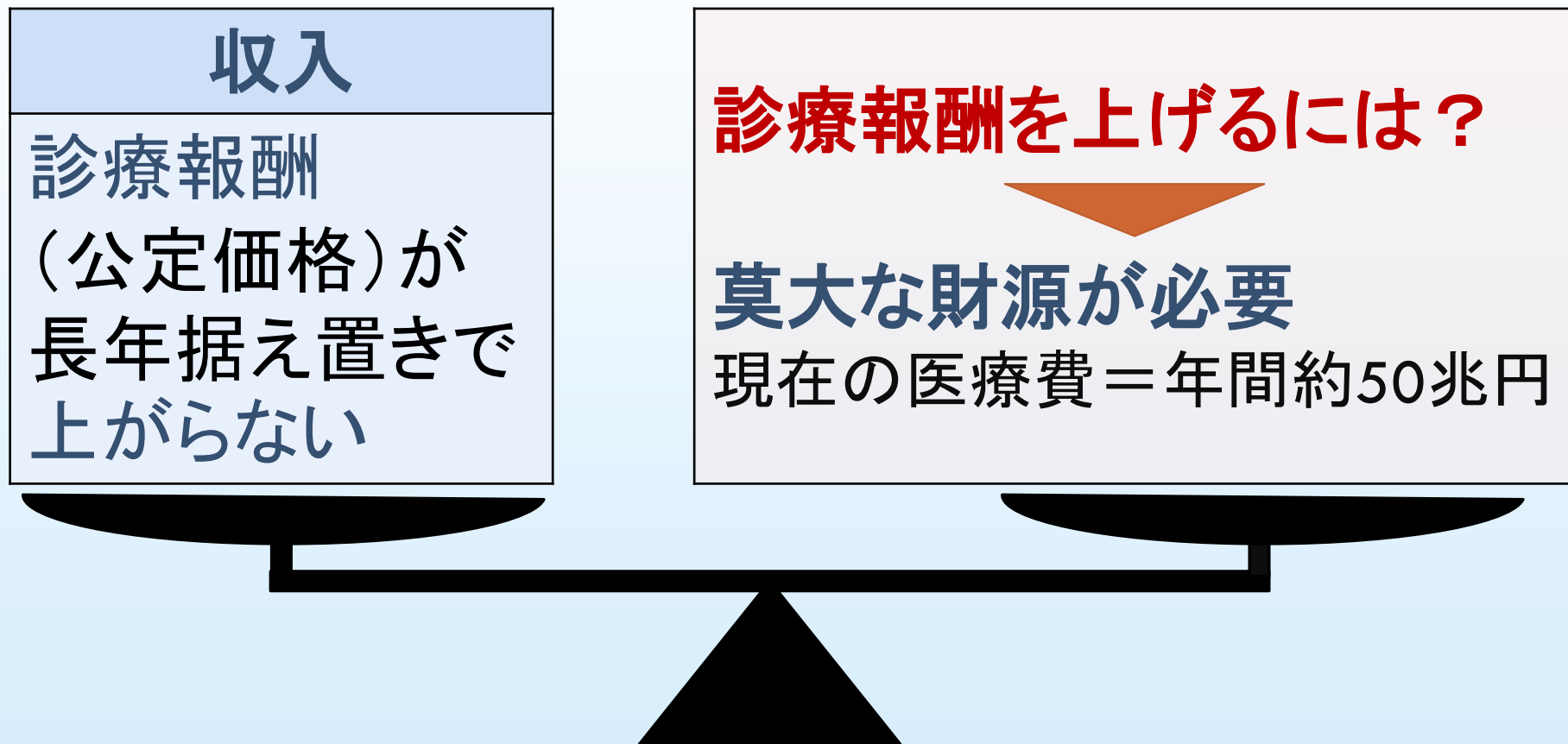
黒字
38.8%

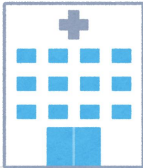
赤字
61.2%

収入
診療報酬 (公定価格)が 長年据え置きで 上がらない

支出
給与費2.8% ↑
委託費4.2% ↑
水道光熱費 8.2% ↑ など

(2024年・前年比)





病院の倒産・廃業・解散など

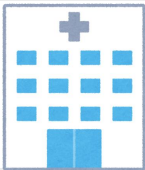
2023年

80件

2024年

106件

(東京商工リサーチ調べ)



「病院の7割が赤字」について…

コロナの影響に
より患者の
受診行動が変化

- 受診控えの傾向や
入院期間の短縮
入院率8割 ▶ 7割に
- 症状が悪化してから
受診する傾向も
- 助かる命も亡くなる
ケースが…

コロナ以降 赤字が加速

医療には最低限の コストが必要

このままでは
フリーアクセスや
地域の診療所を
維持するのは難しい

地域社会への影響

- 病院は地域の巨大産業
閉鎖すれば**大ダメージ**
(大企業の撤退と同じレベルの経済的・社会的ダメージを地域にもたらす)
- 病院がなくなると
高齢者らがその地域に
住めなくなることも



医師の働き方改革の影響

医師の長時間労働で
医療体制が維持されて
いたが働き方改革により
残業が制限され体制が
破綻しつつある

医師が「**聖職**」から
「**労働者**」に

やりがいよりも、美容
などの働条件の良い
職場に

使命感だけでは続け
られない人が増加





さらに病院の老朽化がとどめに

1980年代

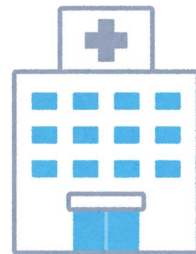
病床規制の導入前に
全国で

病院の建設ラッシュ

現在 **建て替え**の時期に
しかし

建て替えを検討していたが**財政難で困難**

建築費は
かつての**倍に高騰**



1棟100億円
▶ 200億円



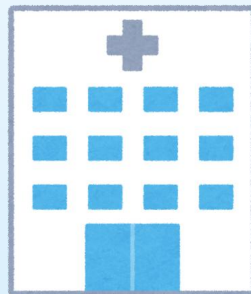
苦境の病院が生き残るためには？

1

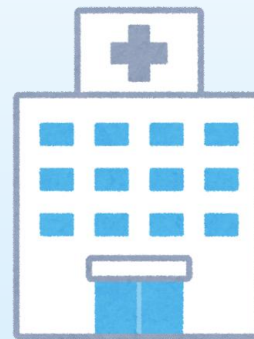
地域ごとの 役割分担の 明確化

地域ごとに医療の必要性を
話し合い、急性期・慢性期
などの役割分担を明確にす
ることが第一歩

地域で必要な医療は？



急性期



慢性期



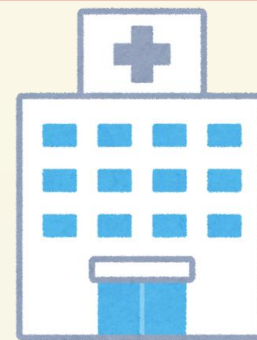
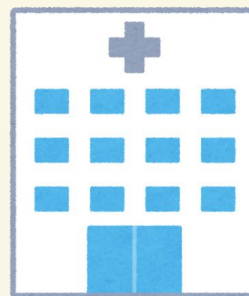
選択肢の1つには**統合・再編**も

2

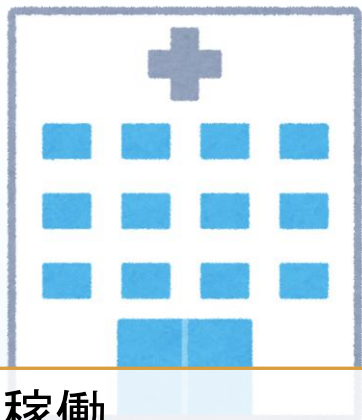
病院の 統合・再編

複数の病院を
急性期と慢性期に機能分化
して統合再編することで経営
改善を目指す

統合・再編へ



300床



病床稼働

6割(180床)で赤字

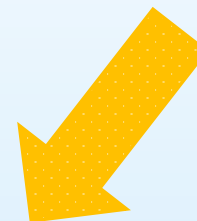
300床



病床稼働

6割(180床)で赤字

統合



病床稼働

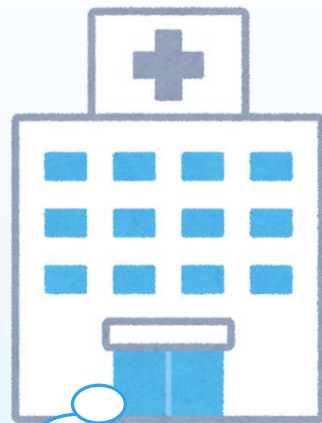
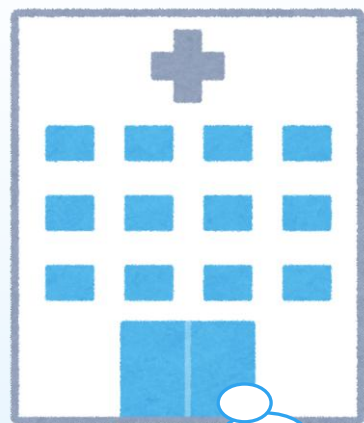
8割(360床)で黒字



450床



統合・再編の難しさ



赤字・建て替え費用
どっちが負担？

母体が違うと揉めることも
(自治体と医療法人など)



市営などの
病院では...

■ 住民の反対も
大きな壁



■ 無理に維持をすると



市は破綻

(市民病院を閉鎖しようとした市長が選挙で落選するケースもある)

最近の動き 1

かかりつけ医機能報告制度が
とりまとめられた。

かかりつけ医機能が発揮される制度の目的・枠組み

令和5年9月29日 第102回社会保障審議会医療部会 資料1

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取り組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

今回の法改正による
制度整備
の目的

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

今回の法改正による
制度整備
の枠組み

- 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能を地域で確保・強化するための仕組みを整備する。

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告を行う。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

【報告対象となる医療機関】

- 地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要な病院又は診療所として厚生労働省令で定めるもの
※ 無床診療所を含む。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

【報告事項】

- かかりつけ医機能のうち、以下の機能の有無及びその内容（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討）
 - ①：継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能（厚生労働省令で定めるものに限る）
 - ②：①を有する場合は、(1)通常の診療時間外の診療、(2)入退院時の支援、(3)在宅医療の提供、(4)介護サービス等と連携した医療提供、(5)その他厚生労働省令で定める機能（(1)～(4)は厚生労働省令で定めるものに限る）
 - ・ 連携して②の機能を確保している場合は連携医療機関の名称及びその連携の内容
- 都道府県知事は、②の機能を有する報告をした医療機関がその機能の確保に係る体制として厚生労働省令で定める要件に該当するものを有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、厚生労働省令で定めるところにより公表する。
- 都道府県知事は、医療関係者や医療保険者などが参加する外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表する。

・1号機能「継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」

＜具体的な機能＞

継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能

(参考)平成25年8月の日本医師会・四病院団体協議会合同提言「かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。」

＜当該機能に係る報告事項＞

①「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示により公表していること

② かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者の有無、総合診療専門医の有無(有無を報告すれば可)

・改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況等を踏まえ、かかりつけ医機能に関する研修の修了者がいること又は総合診療専門医がいることを報告することについて改めて検討する。

※1 かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。

③ 17の診療領域※2ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること(一次診療を行うことができる疾患※3も報告する)

医療に関する患者からの相談に応じることができること(継続的な医療を要する者への継続的な相談対応を含む)

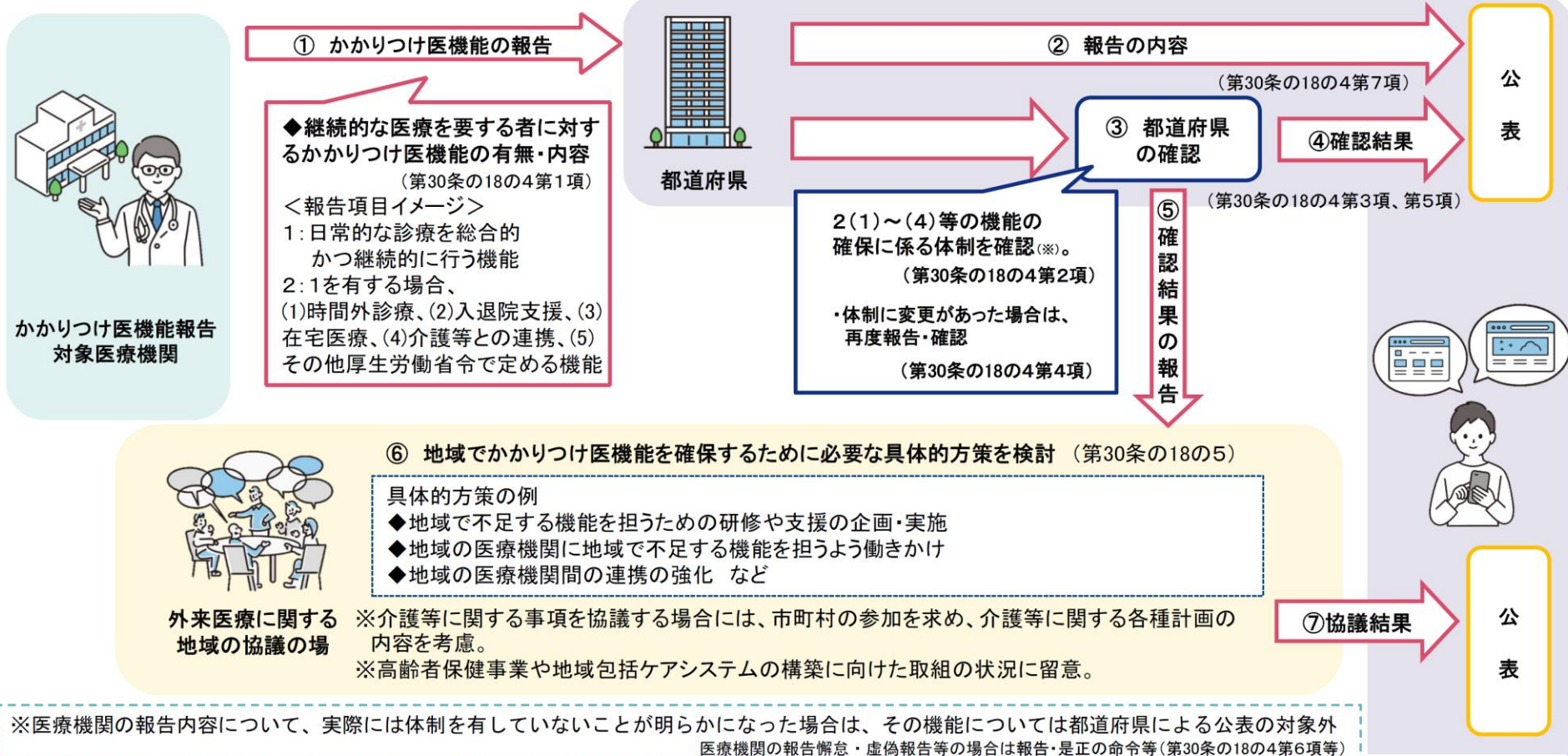
・改正医療法施行後5年を目途として、制度の施行状況等を踏まえ、一次診療・患者相談対応に関する報告事項について改めて検討する。

※2 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・膵臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域

※3 報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



(例) 一次診療に関する報告できる疾患案 (40疾患)

傷病名	推計外来患者数 (千人)	主な診療領域
高血圧	590.1	9. 循環器系
腰痛症	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷
関節症 (関節リウマチ、脱臼)	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷
かぜ・感冒	230.3	6. 呼吸器、17. 小児
皮膚の疾患	221.6	1. 皮膚・形成外科、17. 小児
糖尿病	210	14. 内分泌・代謝・栄養
外傷	199.1	16. 筋・骨格系及び外傷、17. 小児
脂質異常症	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養
下痢・胃腸炎	124.9	7. 消化器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系
がん	109.2	—
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17. 小児
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17. 小児
うつ (気分障害、躁うつ病)	91.4	3. 精神科・神経科
骨折	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	4. 眼
白内障	64.4	4. 眼
緑内障	64.2	4. 眼
骨粗しょう症	62.9	16. 筋・骨格系及び外傷
不安・ストレス (神経症)	62.5	3. 精神科・神経科
認知症	59.2	2. 神経・脳血管
脳梗塞	51	2. 神経・脳血管

傷病名	推計外来患者数 (千人)	主な診療領域
統合失調症	50	3. 精神科・神経科
中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉、17. 小児
睡眠障害	41.9	3. 精神科・神経科
不整脈	41	9. 循環器系
近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼、17. 小児
前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
狭心症	32.3	9. 循環器系
正常妊娠・産じょくの管理	27.9	11. 産科
心不全	24.8	9. 循環器系
便秘	24.2	7. 消化器系
頭痛 (片頭痛)	19.9	2. 神経・脳血管
末梢神経障害	17.2	2. 神経・脳血管
難聴	17.1	5. 耳鼻咽喉
頸腕症候群	17	16. 筋・骨格系及び外傷
更年期障害	16.8	12. 婦人科
慢性肝炎 (肝硬変、ウイルス性肝炎)	15.3	8. 肝・胆道・脾臓
貧血	12.3	15. 血液・免疫系
乳房の疾患	10.5	13. 乳腺

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和2年「患者調査」全国の推計外来患者数
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000032211984&fileKind=1>

【上記例の設定の考え方】

- ・ 一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。
- ・ 推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出。該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数の多い傷病を追加。ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
- ・ XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

→ ①～③のいずれも「可」の報告の場合は「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行う。

<上記以外の報告事項>

① 医師数、外来の看護師数、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師数

② かかりつけ医機能に関する研修の修了者数、総合診療専門医数

③ 全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制※4の有無

※4 オンライン資格確認を行う体制、オンライン資格確認等システムの活用により診療情報等を診察室等で閲覧・活用できる体制、電子処方箋により処方箋を発行できる体制、電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制

④ 全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況、服薬の一元管理の実施状況

Ⅱ. 2号機能

ⅰ 通常の診療時間外の診療

<具体的な機能>

・ 通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能

<当該機能に係る報告事項>

① 自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況(在宅当番医制 休日夜間急患センター等に参加、自院の連絡先を渡して随時対応、自院での一定の対応に加えて他医療機関と連携して随時対応等)、連携して確保する場合は連携医療機関の名称

② 自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況

→ ①・②の報告事項のいずれかがある場合は「当該機能有り」とする。

ii 入退院時の支援

<具体的な機能>

- ・ 在宅患者の後方支援病床を確保し、地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスに参加し、入退院時に情報共有・共同指導を行う機能

<当該機能に係る報告事項>

- ① 自院又は連携による后方支援病床の確保状況、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
- ② 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況
- ③ 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況
- ④ 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況
- ⑤ 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数

→①～⑤の報告事項のいずれかがある場合は「当該機能有り」とする。

iii 在宅医療の提供

<具体的な機能>

- ・ 在宅医療を提供する機能

<当該機能に係る報告事項>

- ① 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況（自院で日中のみ、自院で24時間対応、自院での一定の対応に加えて連携して24時間対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
- ② 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況
- ③ 自院における訪問看護指示料の算定状況
- ④ 自院における在宅看取りの実施状況

→①～④の報告事項のいずれかがある場合は「当該機能有り」とする。

協議の場のイメージ（例：時間外対応）

【目指すべき姿】

- 地域での時間外（休日・夜間）の医療機関間の連携体制を構築し、患者が時間外に体調の悪化等があった場合にも、身近な地域で適切な診療や相談を受けられるようにする。

市町村等（協議の場の基本的な圏域）

<参加者の例>

- ・郡市区医師会
- ・都道府県・保健所
- ・市町村
- ・関係する診療所
- ・関係する病院
- ・薬剤師会
- ・看護協会
- ・保険者
- ・住民・患者

【協議の場】



時間外対応の
連携先を見つけたい



調整・マッチング

【課題解決の具体策の例】

- ・時間外対応の連携先の確保
- ・休日夜間急患センターの参加調整・促進

(例)在支診・かかりつけ医
機能を支援する診療所



(例)在支病・後方支援
病院、かかりつけ医機能
を支援する病院

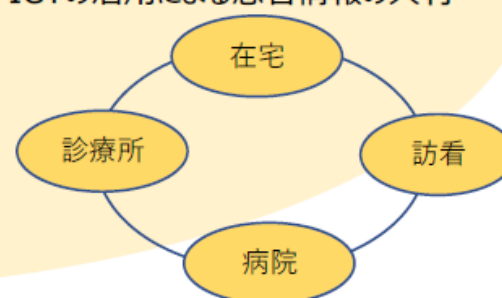


<協議事項>

- ・ かかりつけ医機能報告により得られた情報を基に、地域での時間外（休日・夜間）の医療機関間の連携体制の構築状況を把握
 - ・ 在宅当番医制・休日夜間急患センター等に参加している医療機関
 - ・ 自院の連絡先を渡して随時対応している医療機関
 - ・ 他の医療機関と連携して随時対応している医療機関 等
- ・ 地域において連携体制が構築できていない場合は、その課題を把握（例えば、連携先の不足、患者情報の共有が不十分 等）
- ・ 課題を踏まえ、連携体制の構築についての具体策を検討

【課題解決の具体策の例】

- ・ICTの活用による患者情報の共有



最近の動き 2

2040年頃を見据えた目指すべき医療
「新たな地域医療構想に関する検討会」
がとりまとめられた

あわせて
「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」
が立ち上がった

新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年頃、さらにその先も見据え、全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

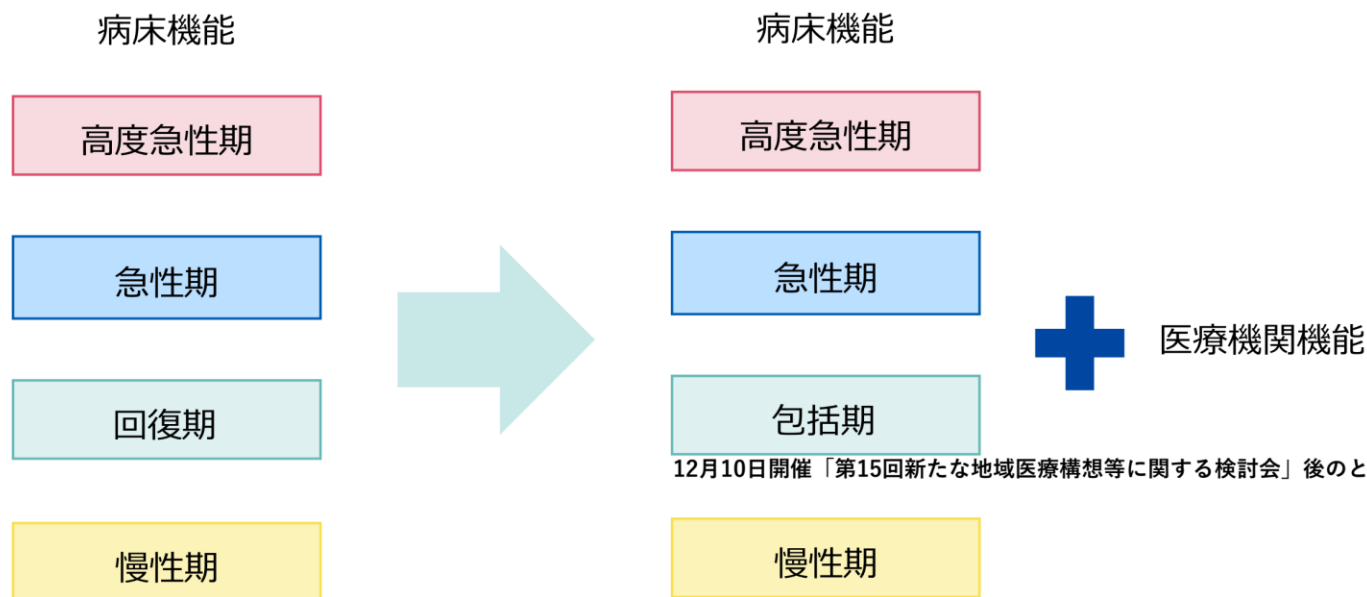
医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

目指すべき医療提供体制の基本的な考え方（案）

- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を実現する必要がある。
- このため、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含め、地域における長期的に共有すべき医療提供体制のあるべき姿・目標として、地域医療構想を位置づける。人口や医療需要の変化に柔軟に対応できるよう、二次医療圏を基本とする構想区域や調整会議のあり方等を見直した上で、医療・介護関係者、都道府県、市区町村等が連携し、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「治す医療」を担う医療機関と「治し、支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。
- 具体的には、
 - 増加する高齢者救急に対応するため、軽症・中等症を中心とした高齢者の救急の受入体制を強化する。ADLの低下を防ぐため、入院早期から必要なリハビリを適切に提供し、早期に生活の場に戻ることを目指す。その際、医療DXの推進等により、日頃から在宅や高齢者施設等と地域の医療機関の連携、かかりつけ医機能の発揮等を通じ、救急搬送や状態悪化の減少等が図られるよう、在宅や高齢者施設等を含む対応力の強化を目指す。
 - 増加する在宅医療需要に対応するため、必要に応じて現行の構想区域よりも小さい単位で、地域の医療機関の連携による24時間の在宅医療の提供体制の構築、オンライン診療の積極的な活用、介護との連携等、効率的かつ効果的な在宅医療の体制強化を目指す。外来医療においても、時間外対応や在宅医療等のかかりつけ医機能を発揮して必要な医療提供を行う体制を目指す。
 - 医療の質やマンパワーの確保のため、手術等の労働集約的な治療が減少し、急性期病床の稼働率の低下による医療機関の経営への影響が見込まれる中、必要に応じて現行の構想区域を越えて、一定の症例や医師を集約して、医師の修練や医療従事者の働き方改革を推進しつつ、高度医療・救急を提供する体制の構築を目指す。
 - 必要な医療機能を維持するため、特に過疎地域において、人口減少や医療従事者の不足が顕著となる中で、地域で不可欠な医療機能（日常診療や初期救急）について、拠点となる医療機関からの医師の派遣、巡回診療、ICT等を活用し、生産性の向上を図り、機能維持を目指す。

病床機能報告の病床機能について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告を新設するほか、病床機能報告の病床機能の区分について、これまでの取組の連続性等を踏まえ、引き続き4つの区分で報告を求めることとしてはどうか。
- その際、現行の病床機能報告においては、患者の治療経過として【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】の区分で報告を求めていたが、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、例えば【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけ、名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方についてどのように考えるか。



12月10日開催「第15回新たな地域医療構想等に関する検討会」後のとりまとめにて確定

病床機能について（案）②

- ・ 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- ・ 現行制度では、既存病床数が基準病床数を下回る場合は、将来の病床数の必要量を上回っても、基準病床数まで増床が可能である。基準病床数制度と地域医療構想の整合性を確保し、基準病床数制度による効率的な病床整備を図ることが重要である。このため、新たな地域医療構想の実現に向けて、原則6年ごとに策定する医療計画の基準病床数について、連携・再編・集約化を通じた効率的な病床整備を念頭に置いて設定するものとし、基準病床数の算定においては、**将来の病床数の必要量を上限とすることとしてはどうか**。その際、地域の実情に応じて、医療機関の再編・集約化に伴い必要な場合や、地域の医療機関が果たせない機能を提供する場合等には、特例措置により都道府県は増床等の許可を行うことができることとしてはどうか。（再掲）
- ・ 将来の病床数の必要量の推計については、合計の病床数を上記の基準病床数の設定に活用することとし、**受療率の変化等を踏まえ、定期的に**（例えば将来推計人口の公表毎に）**2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか**。また、これまでの取組との連続性等の観点から、**これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこと**とし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	・ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	・ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	・ 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 ・ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	・ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- 医育及び広域診療機能
 - ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
 - ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する 検討プロジェクトチーム 取りまとめ概要

新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 以下の観点から、**新たな地域医療構想に精神医療を位置付けることが適当**。
 - 新たな地域医療構想においては、2040年頃を見据え、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を進めている。
 - **地域の医療提供体制全体の中には、精神医療も含めて考えることが適当**
 - 新たな地域医療構想において精神医療を位置付けることにより、以下の意義が考えられる。
 - ・ 2040年頃の**精神病床数の必要量を推計** → **中長期的な精神医療の需要に基づく精神医療体制の推進**
 - ・ **病床機能報告の対象に精神病床を追加** → **データに基づく協議・検討が可能**
 - ・ **精神医療に関する協議の場の開催や一般医療に関する協議の場への精神医療関係者の参画**
 - 身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応等における**精神医療と一般医療との連携等**の推進
 - ・ **地域医療構想の実現に向けた財政支援、都道府県の権限行使** → **精神病床等の適正化・機能分化の推進**
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付けた場合の具体的な内容※は、法律改正後に施行に向けて、必要な関係者で議論する必要がある、**精神医療に係る施行には十分な期間を設けることが必要**。

※ 病床数の必要量の推計方法、精神病床の機能区分、病床機能報告の報告事項、精神医療の構想区域・協議の場の範囲・参加者、精神科医療機関の医療機関機能等

地域医療構想、医師偏在対策等に関する検討体制

- 新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進、それらの内容を反映した第9次医療計画の策定等に向け、以下の検討会及びその下に関連WGを設置することとしてはどうか。
- 具体的には、地域医療構想や医療計画全般に関する事項、医師偏在対策に関する事項等について検討会で議論し、新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進等について、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。また、医療計画のうち、外来医療計画等の3か年の計画について、第8次医療計画(後期)に向けて令和7年度中に一定のとりまとめを行う。なお、在宅医療・医療介護連携、救急医療等について、新たな地域医療構想の策定に向けて議論が必要なものは検討会で議論を行う。
- 在宅医療・医療介護連携について、第8次医療計画(後期)に向けてWGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。小児医療・周産期医療について、WGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。救急医療、災害医療・新興感染症医療等については、第9次医療計画の策定等に向けてWGで議論する。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

【検討事項】

- 地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
(⇒新たな地域医療構想の具体的内容、現行の地域医療構想の進捗等)
- 医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
- 医師確保計画及び医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに関する事項
- 外来医療計画に関する事項
- その他本検討会が必要と認めた事項



連携

その他5疾病等に関する検討体制

がん、循環器疾患、精神医療 等

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

【検討事項】

- 在宅医療に関する事項
- 医療・介護連携に関する事項 等

小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWG

【検討事項】

- 小児・周産期医療提供体制に関する事項 等

救急医療等に関するWG

【検討事項】

- 救命救急センターに関する事項
- 救急搬送に関する事項 等

災害医療・新興感染症医療に関するWG

【検討事項】

- 災害、新興感染症発生・まん延時、国民保護事案等への対応 等

検討会スケジュール（各WGは必要に応じて順次開催）

7月～	議論の開始
秋頃	中間とりまとめ
12月～3月	とりまとめ

→ ガイドライン及び医療計画指針(外来、在宅、医師確保)の発出

※ 医療法等改正法案の法律事項は法案成立後に検討

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会の体制（案）

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 開催要綱（案）（抜粋）

1. 目的

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や生産年齢人口の減少を見据え、地域医療構想や医療計画、医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージをはじめとする医師確保の取組等を通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る必要がある。
- 本検討会は、2040年頃を見据えた新たな地域医療構想の具体的内容や、地域医療構想及び医療計画の推進等について検討することを目的に開催するものである。

2. 検討事項

- (1) 地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
- (2) 医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
- (3) 医師確保計画及び医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに関する事項（医師養成過程を通じた対策を除く）
- (4) 外来医療計画に関する事項
- (5) その他本検討会が必要と認めた事項

<地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 構成員>

（敬称略、五十音順）

石原 靖之	岡山県鏡野町 健康推進課長	坂本 泰三	公益社団法人日本医師会 常任理事
伊藤 悦郎	健康保険組合連合会 常務理事	櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会 常務理事
伊藤 伸一	一般社団法人日本医療法人協会 会長	菅原 琢磨	法政大学経済学部 教授
猪口 正孝	公益社団法人全日本病院協会 副会長	鈴木 美穂	認定NPO法人マギーズ東京 共同代表理事
今村 知明	奈良県立医科大学 教授	瀬古口 精良	公益社団法人日本歯科医師会 副会長
今村 英仁	日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員会センター長	玉川 啓	福島県 保健福祉部次長（健康衛生担当）
遠藤 久夫	学習院大学 学長	土居 丈朗	慶応義塾大学経済学部 教授
岡 俊明	一般社団法人日本病院会 副会長	橋本 美穂	公益社団法人日本看護協会 常任理事
小川 祐幸	島根県雲南市健康福祉部保健医療政策課 管理監	東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会 会長
荻野 構一	公益社団法人日本薬剤師会 副会長	松田 晋哉	福岡国際医療福祉大学ヘルスデータサイエンスセンター 所長
尾崎 誠	長崎大学病院 病院長（一般社団法人全国医学部長病院長会議）	望月 泉	公益社団法人全国自治体病院協議会 会長
川又 竹男	全国健康保険協会 理事		

※ 必要に応じて参考人の出席を要請

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

区域	現在の人口規模 の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・ 地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する	高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応	- 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 - 高齢者施設等からの患者受入等の連携	- 特定の診療科に特化した手術等を提供 - 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 - 集中的な回復期リハビリテーション - 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	50万人程度	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する	- 高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 - 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	
人口の 少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定	- 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する - 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる	- 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自らが在宅医療や訪問看護を提供 - 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	（急性期の総合的な診療機能） ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 （急性期の提供等にあたっての体制について） ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設	○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。 ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU）等
高齢者救急・地域急性期機能	（高齢者救急・地域急性期に関する診療機能） ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制	● 救急車受け入れ台数（人口の多い地域のみ） ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
在宅医療等連携機能	（在宅医療・訪問看護の提供） ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供 （地域との連携機能） ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制	● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
専門等機能	● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療	● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 ● 有床診療所の病床数・診療科 等

在宅医療を担う医療機関

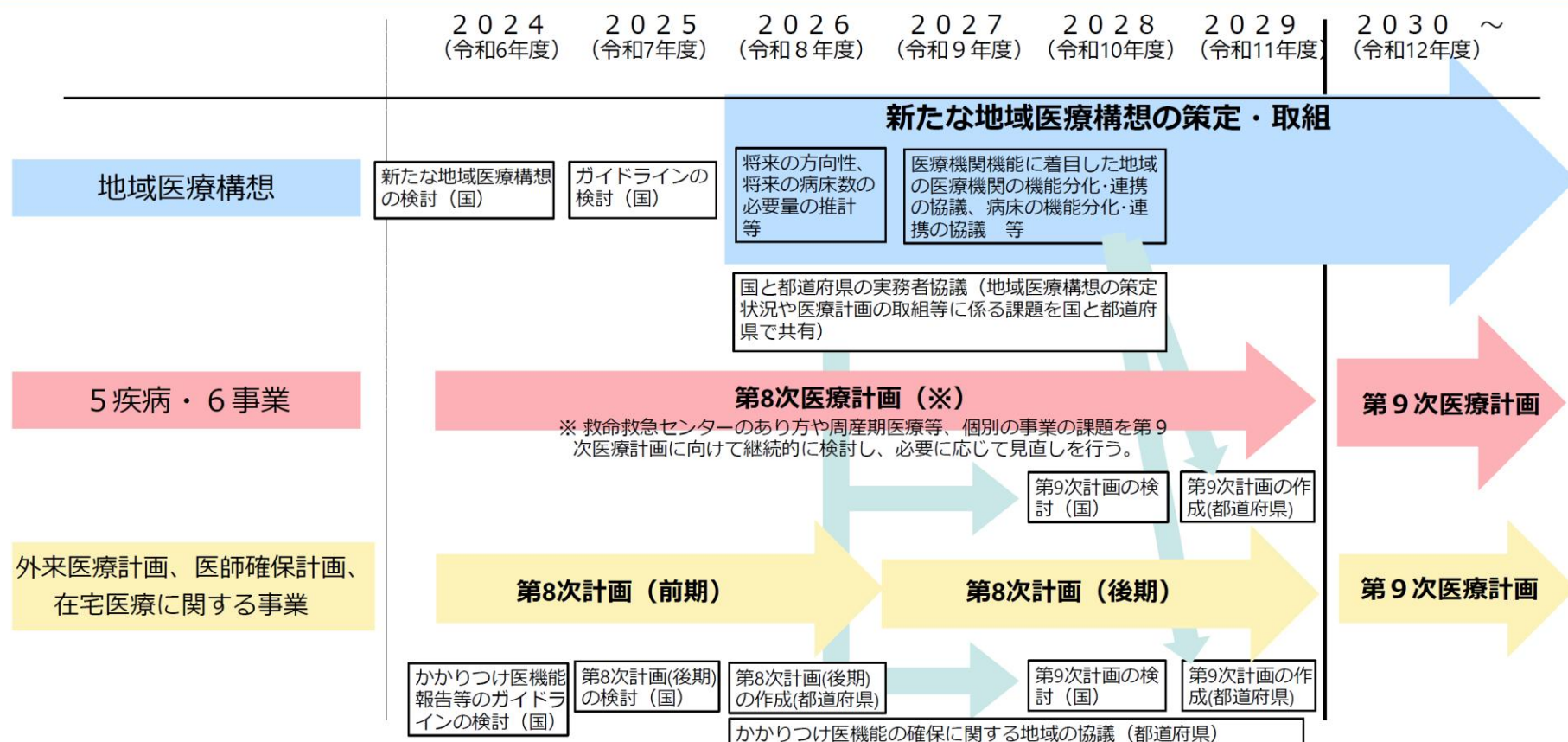
- 医療計画や診療報酬において、それぞれ、在宅医療を担う医療機関について類型が設けられている。
- 在宅医療の提供においては、在宅医療等連携機能を担う医療機関は「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」であることや、在宅医療等連携機能、高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関は、高齢者施設などの協力医療機関として、在宅療養患者の入院等の受入れを行うなど、介護施設との連携を図ることが考えられる。

	診療報酬上の類型	医療計画上の類型	医療機関機能	
	- 在宅療養支援診療所 - 在宅療養支援病院	在宅医療において積極的役割を担う医療機関	在宅医療等連携機能	- 高齢者救急・地域急性期機能 - 急性期拠点機能
在宅医療の提供	○単独又は連携により、24時間体制で在宅医療を提供	○自ら24時間対応体制の在宅医療を提供 ○夜間や急変時の対応等、他の医療機関の支援 ○災害時に備えた体制構築	○自院による在宅医療の提供や地域の訪問看護ステーション等の支援が求められる ○加えて、地域によっては、在宅の後方支援として在宅相当患者の受入などが求められる	○特に人口の少ない地域等においては、在宅医療等連携機能も担い、自院が在宅医療の提供を行うことも想定される
在宅療養患者の入院等の受入れ	○入院機能を有する場合には、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保	○入院機能を有する場合には、患者の病状が急変した際の受け入れを行う	○在宅療養患者の入院の受け入れを行う ○高齢者施設等の協力医療機関となる	○それぞれの機能に応じた入院医療を提供 ○また、高齢者救急・地域急性期機能においては、高齢者施設等の協力医療機関となる
病床規模	病院は200床未満 (医療資源の少ない地域では280床未満)	特になし	特になし	

* 在宅療養支援病院については、当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと半径4km以内に診療所が存在しない又は200床未満が要件とされている

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



「原則として医行為ではない行為」 39種類 介護職向けガイドライン

「原則として医行為ではない行為」 39種類 介護職向けガイドライン公表

- ◆「介護現場における医行為ではない行為に関する調査研究」による**介護職向けガイドライン**が公表された。
- ◆「**原則として医行為ではない行為**」として、**血糖測定、食事介助、喀痰吸引、在宅酸素療法**など、39種類が掲載されている。
 - ◆ 行為ごとに前提となる知識、行為の実施法、緊急時の医療職との連携方法などに関する要点も記載されている。
 - ◆ **利用者の病状が不安定などの理由**で専門的な管理が必要になる場合は、**医行為とされる場合**もありうる。
医師・歯科医師・看護職員に対して専門的な管理の要否の確認が必要。

(行為ごとの通知上の条件)

分類	No.	行為	通知上の条件							
			1	2	3	4	5	6	7	8
血圧等 測定関係	1	水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること	○	○	○	○				
	2	自動血圧測定器により血圧を測定すること	○	○	○	○				
	3	半自動血圧測定器(ポンプ式を含む。)を用いて血圧を測定すること	○	○	○	○		○		
	4	新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること	○	○	○	○				
	5	新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着し、動脈血酸素飽和度を確認すること	○	○	○	○		○		
血糖測定関係	6	利用者への持続血糖測定器のセンサーの貼付や当該測定器の測定値の読み取りといった、血糖値の確認を行うこと	○	○	○	○	○	○		
在宅介護等の 介護現場に おける インスリンの 投与の準備・ 片付け関係	7	在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、あらかじめ医師から指示されたタイミングでの実施の声かけ、見守り、未使用の注射器等の利用者への手渡し、使い終わった注射器の片付け(注射器の針を抜き、処分する行為を除く。)及び記録を行うこと	○		○	○	○	○		
	8	在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、利用者が血糖測定及び血糖値の確認を行った後に、介護職員が、当該血糖値があらかじめ医師から指示されたインスリン注射を実施する血糖値の範囲と合致しているかを確認すること	○	○	○	○	○	○		
	9	在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、利用者が準備したインスリン注射器の目盛りが、あらかじめ医師から指示されたインスリンの単位数と合っているかを読み取ること	○		○	○	○	○		

※本ガイドラインでは、関連する行為は1つの項目にまとめています。
この頁では No.2 及び No.3、No.4 及び No.5、No.7、No.8 及び No.9 を1つの項目にまとめました。

分類	No.	行為	通知上の条件							
			1	2	3	4	5	6	7	8
経管栄養関係	10	皮膚に発赤等がなく、身体へのテープの貼付に当たって専門的な管理を必要としない利用者について、既に利用者の身体に留置されている経鼻胃管栄養チューブを留めているテープが外れた場合や、汚染した場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付を行うこと	身体へのテープ貼付							
	11	経管栄養の準備(栄養等を注入する行為を除く。)及び片付け(栄養等の注入を停止する行為を除く。)を行うこと。なお、以下の3点については医師又は看護職員が行うこと。 ①鼻からの経管栄養の場合に、既に留置されている栄養チューブが胃に挿入されているかを確認すること。 ②胃ろう・腸ろうによる経管栄養の場合に、び爛や肉芽など胃ろう・腸ろうの状態に問題がないことを確認すること。 ③胃・腸の内容物をチューブから注射器でひいて、性状と量から胃や腸の状態を確認し、注入内容と量を予定通りとするかどうかを判断すること	経管栄養の準備・片付けの一部							
食事介助関係	12	食事(とろみ食を含む。)の介助を行うこと	食事介助							
喀痰吸引関係	13	吸引器に溜まった汚水の廃棄や吸引器に入れる水の補充、吸引チューブ内を洗浄する目的で使用する水の補充を行うこと	吸引機本体の清掃等							
在宅酸素療法関係	14	在宅酸素療法を実施しており、利用者が援助を必要としている場合であって、利用者が酸素マスクや経鼻カニューレを装着していない状況下における、あらかじめ医師から指示された酸素流量の設定、酸素を流入していない状況下における、酸素マスクや経鼻カニューレの装着等の準備や、酸素離脱後の片付けを行うこと。ただし、酸素吸入の開始(流入が開始している酸素マスクや経鼻カニューレの装着を含む。)や停止(吸入中の酸素マスクや経鼻カニューレの除去を含む。)は医師、看護職員又は利用者本人が行うこと	在宅酸素療法に関する作業の一部							
	15	在宅酸素療法を実施するに当たって、酸素供給装置の加湿瓶の蒸留水を交換する、機器の拭き取りを行う等の機械の使用に係る環境の整備を行うこと								
	16	在宅人工呼吸器を使用している利用者の体位変換を行う場合に、医師又は看護職員の立会いの下で、人工呼吸器の位置の変更を行うこと								

※本ガイドラインでは、関連する行為は1つの項目にまとめています。

この頁では No.14、No.15 及び No.17(次頁)を1つの項目にまとめました。

分類	No.	行為	通知上の条件							
			1	2	3	4	5	6	7	8
在宅酸素療法 関係	17	在宅酸素療法を実施するに当たって、酸素流入中の酸素マスクや経鼻カニューレがずれ、次のいずれかに該当する利用者が一時的に酸素から離脱(流入量の減少を含む。)したことが見込まれる場合に、 当該酸素マスクや経鼻カニューレを元の位置に戻すこと ・肢体不自由等により、自力で酸素マスクや経鼻カニューレを戻すことが困難である利用者 ・睡眠中や意識がない状態で、自力で酸素マスクや経鼻カニューレを戻すことが困難である利用者	○		○	○		○		
					在宅酸素療法に関する作業の一部					
膀胱留置 カテーテル 関係	18	膀胱留置カテーテルの蓄尿バックからの尿廃棄(DIB キャップの開閉を含む。)を行うこと	○		○	○		○		
	19	膀胱留置カテーテルの蓄尿バックの尿量及び尿の色の確認を行うこと	○		○	○		○		
	20	膀胱留置カテーテル等に接続されているチューブを留めているテープが外れた場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付を行うこと	○		○	○		○		
	21	専門的管理が必要無いことを医師又は看護職員が確認した場合のみ、膀胱留置カテーテルを挿入している利用者の陰部洗浄を行うこと	○		○	○		○		
排泄関係	22	ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。(肌に接着したパウチの取り替えを除く。)	○		○	○				
	23	専門的な管理が必要とされない、肌への接着面に皮膚保護機能を有する肌に密着したストーマ装具を交換すること。 *「ストーマ装具」には、面板にストーマ袋をはめ込んで使用するもの(いわゆるツープースタイプ)と、ストーマ袋と面板が一体になっているもの(いわゆるワンピースタイプ)の双方を含むものである	○		○	○				
	24	自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと	○		○	○				自己導尿の補助
	25	市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器(※)を用いて浣腸すること ※ 挿入部の長さが 5 から 6 センチメートル程度以内、グリセリン濃度 50%、成人用の場合で 40 グラム程度以下、6 歳から 12 歳未満の小児用の場合で 20 グラム程度以下、1 歳から 6 歳未満の幼児用の場合で 10 グラム程度以下の容量のもの	○		○	○				
					(市販品を用いた)浣腸					

※本ガイドラインでは、関連する行為は1つの項目にまとめています。

この頁では No.18、No.19及び No.20、No.22 及び No.23 を1つの項目にまとめました。

分類	No.	行為	通知上の条件							
			1	2	3	4	5	6	7	8
その他関係	26	有床義歯(入れ歯)の着脱及び洗浄を行うこと	○		○	○		○		
	27	重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、 歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること	○		○	○				
	28	爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を 爪切りで切る こと及び爪ヤスリでやすりがけすること	○		○	○				
	29	耳垢を除去 すること(耳垢塞栓の除去を除く)	○		○	○				
	30	軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること(汚物で汚れたガーゼの交換を含む)。 ※切り傷、擦り傷、やけど等に対する応急処置を行うことを否定するものではない。	○		○	○				
服薬介助関係	31	皮膚への 軟膏の塗布 (褥瘡の処置を除く。)を介助すること	○		○	○			○	○
	32	皮膚への 湿布の貼付 を介助すること	○		○	○			○	○
	33	点眼薬の 点眼 を介助すること	○		○	○			○	○
	34	一包化された内用薬の 内服 (舌下錠の使用も含む)を介助すること	○		○	○			○	○
	35	肛門からの坐薬挿入 を介助すること	○		○	○			○	○
	36	鼻腔粘膜への 薬剤噴霧 を介助すること	○		○	○			○	○
	37	水虫や爪白癬にり患した爪への 軟膏又は外用液の塗布 (褥瘡の処置を除く。)を介助すること	○		○	○		○	○	○
	38	吸入薬の 吸入 を介助すること	○		○	○		○	○	○
	39	分包された 液剤 を介助すること	○		○	○		○	○	○

※本ガイドラインでは、関連する行為は1つの項目にまとめています。
この頁では No.31 及び No.32 を1つの項目にまとめました。

服薬介助
(容態が安定している、経過観察を要さない、服薬に専門的な配慮を要さない などの要件あり)

通知上の条件

1	■ 病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。 ■ このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。 ■ さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。
2	■ 測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行うことは医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には医師、歯科医師又は看護職員に報告するべきものである。
3	■ 業として行う場合には実施者に対して一定の研修や訓練が行われることが望ましいことは当然であり、介護サービス等の場で就労する者の研修の必要性を否定するものではない。 ■ また、介護サービスの事業者等は、事業遂行上、安全にこれらの行為が行われるよう監督することが求められる。
4	■ 看護職員による実施計画が立てられている場合は、具体的な手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、その結果について報告、相談することにより密接な連携を図るべきである。
5	■ 利用者の血糖値や食事摂取量等が不安定でないことが必要である。
6	■ 当然ながら利用者本人や家族に対して分かりやすく、適切な説明を行うとともに、介護職員等の実施する行為について利用者本人や家族が相談を行うことができる環境作りに努めることが望ましい。 ■ また、必要に応じて、サービス担当者会議の開催時等に医師、歯科医師又は看護職員に相談する、必要に応じて書面等で指示を受ける、ケアの実施後に医師、歯科医師又は看護職員に報告を行う等して適切に連携することが望ましい。
7	■ 医薬品の使用・服薬等の介助が福祉施設等において行われる場合には、看護職員によって実施されることが望ましく、また、その配置がある場合には、その指導の下で実施されるべきである。
8	■ 利用者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により利用者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。 ① 利用者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること ② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと ③ 内用薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

医師偏在と 外科医の偏在

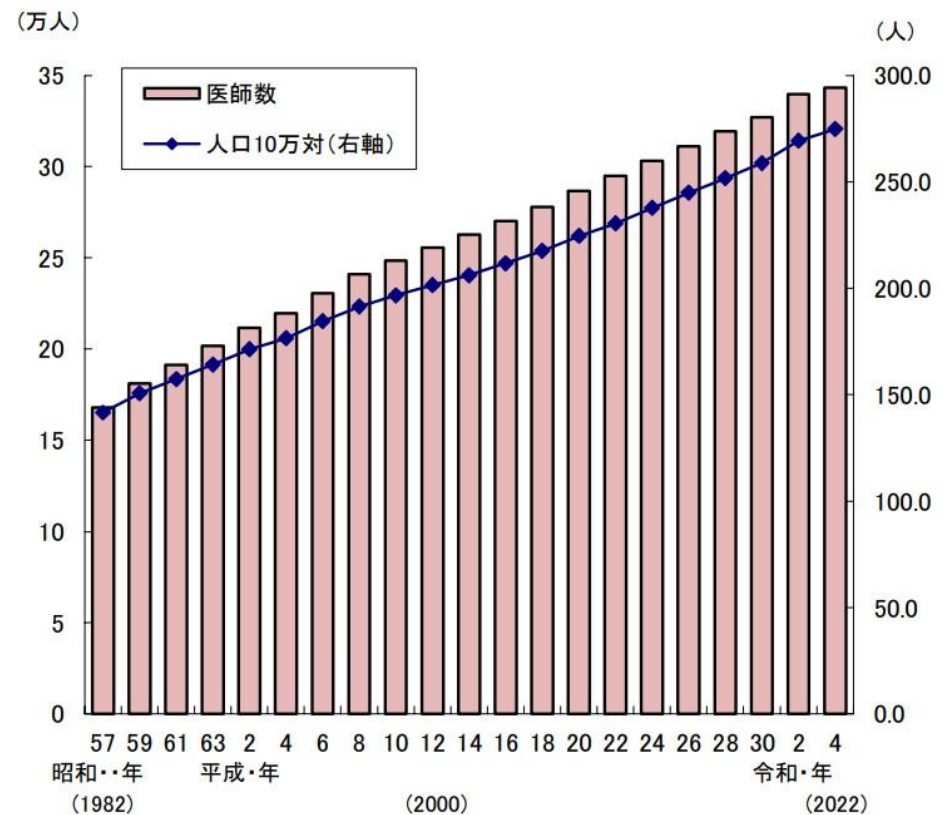
医師数の年次推移

第3回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会
令和6年3月27日
資料1

医師数の年次推移

各年12月31日現在

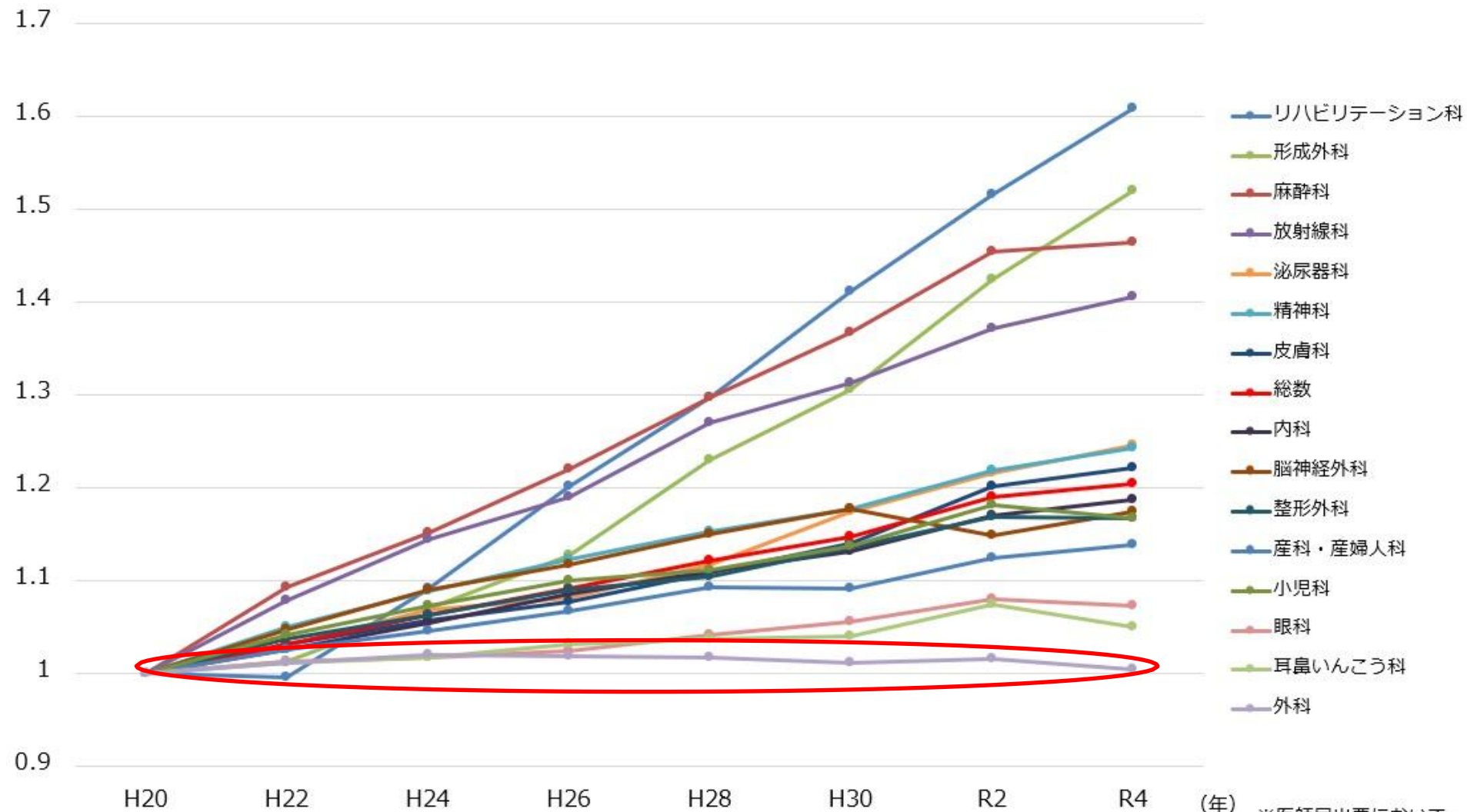
	医師数 (人)	増減率 (%)	人口10万対 (人)
昭和 57 年 (1982)	167 952	...	141.5
59 ('84)	181 101	7.8	150.6
61 ('86)	191 346	5.7	157.3
63 ('88)	201 658	5.4	164.2
平成 2 年 ('90)	211 797	5.0	171.3
4 ('92)	219 704	3.7	176.5
6 ('94)	230 519	4.9	184.4
8 ('96)	240 908	4.5	191.4
10 ('98)	248 611	3.2	196.6
12 (2000)	255 792	2.9	201.5
14 ('02)	262 687	2.7	206.1
16 ('04)	270 371	2.9	211.7
18 ('06)	277 927	2.8	217.5
20 ('08)	286 699	3.2	224.5
22 ('10)	295 049	2.9	230.4
24 ('12)	303 268	2.8	237.8
26 ('14)	311 205	2.6	244.9
28 ('16)	319 480	2.7	251.7
30 ('18)	327 210	2.4	258.8
令和 2 年 ('20)	339 623	3.8	269.2
4 ('22)	343 275	1.1	274.7



出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（結果の概要）
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_kekka-0.pdf

診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）

第1回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会
令和6年1月29日
資料1
改編



※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

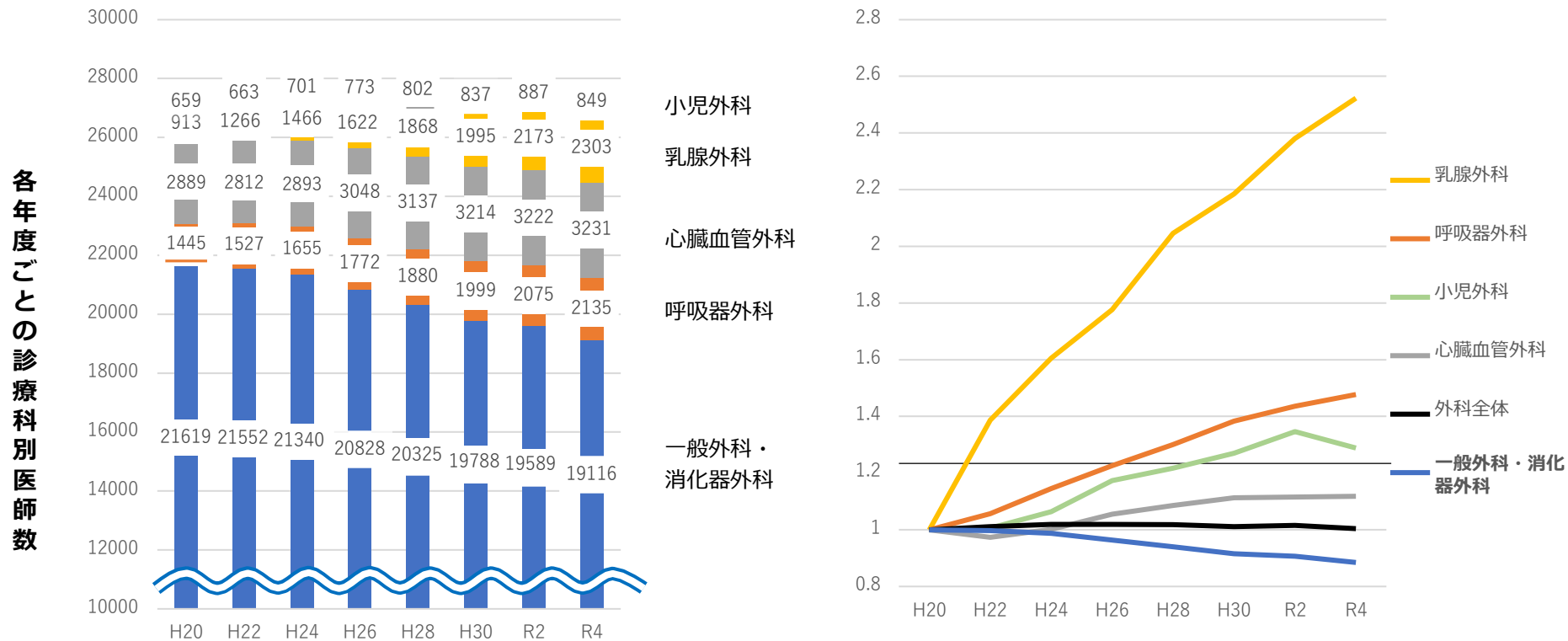
※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計

外科の医師数の推移

- 外科の医師数の推移の内訳を見てみると、一般外科・消化器外科以外の全ての診療科で増加傾向にある一方で、一般外科・消化器外科は一貫して減少している。

主に外科に従事する医師の推移（左：医師数、右：平成20年を1とした場合の比率）

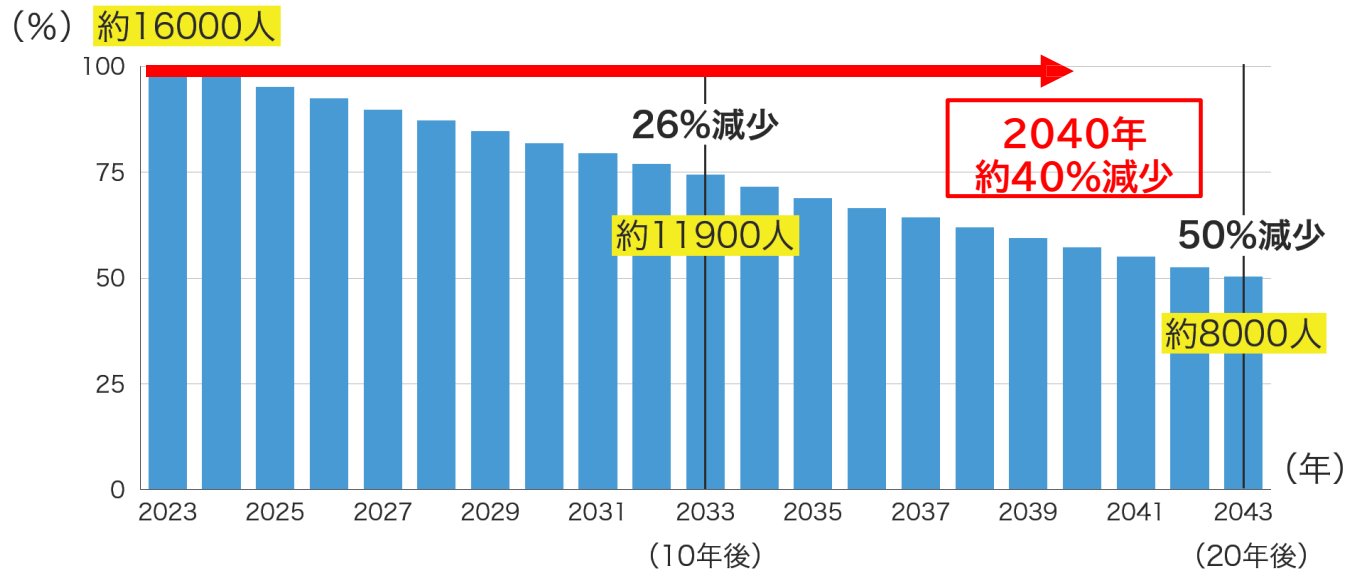


※一般外科・・・外科、気管食道外科、肛門外科

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計

日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数※1の推計

日本消化器外科学会 65歳以下会員数 今後の予測



消化器外科学会の年齢別データおよび過去5年の入会・退会者数から試算

- がん患者における手術療法の需要が2040年に向けて現状から95%に変化することを踏まえて、2025年の会員数は1.52万人のため、現在と同様の提供体制のまま（集約化やタスクシフトが進まない）であれば1.44万人が必要となる。2040年の日本消化器外科学会に所属する医師数の予測は0.92万人※2のため0.52万人が不足することが予測される。
- 現状の提供体制を維持するためには少なくとも毎年900人の新たな成り手の確保が必要であり、現状の500人から追加で400人の確保が必要となる。

※1 2020年に日本消化器外科学会専門医の取得条件が変更になり、2015年から2024年の日本消化器外科学会の専門医数を一定の基準で継続的に計上できないため、日本消化器外科学会に所属する医師数で計上している。また、主に手術療法を実施している65歳以下を対象とした。

※2 2015年～2024年の変化率が今後も継続すると仮定した場合の将来推計

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について

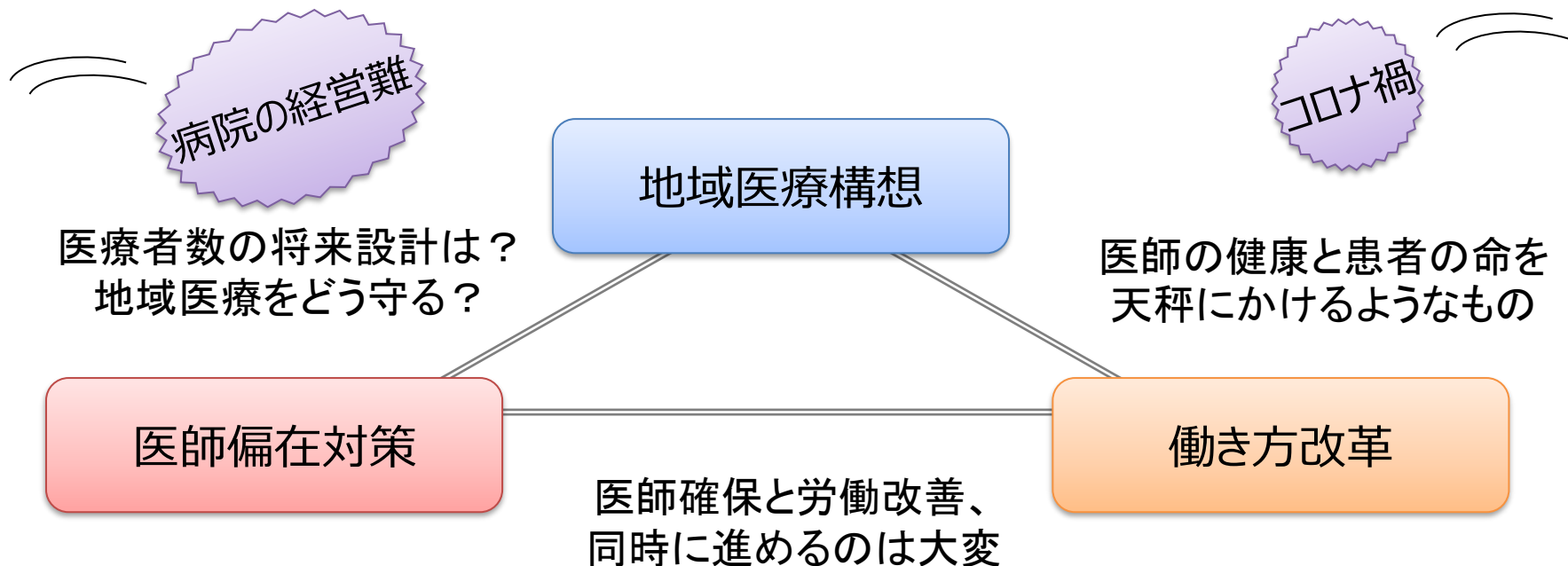
- 国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取り組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきたところ。
- 2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取り組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。
- また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。

	想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
都道府県又は更に広域 (※1)での集約化 の検討が必要な医療	- 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院 - 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等	特に集約化の検討が必要な医療についての考え方 (医療技術の観点) - がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 - 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。
がん医療圏又は複数のがん 医療圏単位での集約化 の検討が必要な医療	- がん診療連携拠点病院等 - 地域の実情によってはそれ以外の医療機関	(医療需給の観点) 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。
更なる均てん化が 望ましい医療	患者にとって身近な診療所・病院（かかりつけ医を含む）	更なる均てん化が望ましい医療についての考え方 がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。

(※1)国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

三位一体改革は可能か？

- ◆ 病院の経営難の中、政府は地域医療構想に加え、医師偏在対策と働き方改革を「三位一体」で引き続き推進していく方針を示している。
- ◆ だがこれらを同時に解決することはむずかしい



まとめ

- 人口構成の変化に医療界が正しく対応してゆくためには、医療界自身が正しく現状を認識する必要がある
 - これにより、医療界が自主的に動き出すことが理想的である

ここに「コロナ対策」と「働き方改革」が入ってきて、一層複雑な状況に...

- 2024年に向けて、各医療機関での厳しい判断が求められている

以上

ご清聴有難うございました